



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Adaptación y validación del cuestionario de
autoevaluación prenatal en madres gestantes usuarias
del Instituto Nacional Materno Perinatal**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con
mención en Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR

Juan José Gabriel ARTICA MARTÍNEZ

ASESOR

Dra. Rosa Elena HUERTA ROSALES

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Artica, J. (2020). *Adaptación y validación del cuestionario de autoevaluación prenatal en madres gestantes usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Tesis para optar grado de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Unidad de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado
Dirección General de Biblioteca y Publicaciones

Dirección del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central



"Año de la universalidad de la salud"

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor (dato opcional):

<https://orcid.org/0000-0002-2043-4944>

Código ORCID del asesor o asesores (dato obligatorio):

<https://orcid.org/0000-0002-9197-6249>

DNI del autor: 45620749

Grupo de investigación: no pertenezco

Institución que financia parcial o totalmente la investigación:
la investigación no cuenta con financiamiento.

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación. Debe incluir
localidades y/o coordenadas geográficas:

La investigación se desarrolló en el Instituto Nacional Materno Perinatal

ORIENTACIÓN	NORTE	ESTE	SUR	OESTE
Latitud Sur	11°51'27"	12°59'12"	12°02'02"	11°51'45"
Longitud Oeste	76°56'27"	77°01'48"	77°00'38"	76°53'35"

Año o rango de años que la investigación abarcó: 2018-2019



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SESIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 10:00 horas del día martes 14 de enero de 2020, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por la Dra. María Luisa Matalinares Calvet e integrado por:

Dra. María Luisa Matalinares Calvet	(Presidente)
Dra. Rosa Elena Huerta Rosales	(Asesora)
Mg. Antonio Serpa Barrientos	(Miembro)
Dra. Natalia Ramírez Saenz	(Informante)
Mg. Miguel Ecurra Mayaute	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magister en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud del Bachiller **JUAN JOSÉ GABRIEL ARTICA MARTÍNEZ** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **Adaptación y validación del cuestionario de autoevaluación prenatal en madres gestantes usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal**, con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

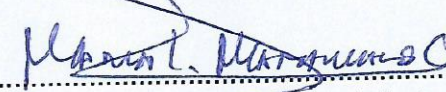
Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.


Dieciocho (18) Muy Bueno.

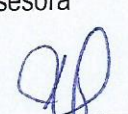
A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

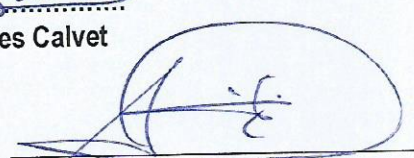
MAGÍSTER en Psicología con mención en Psicología
CLÍNICA y de la SALUD

Se extiende la presente ACTA a las 11:30 del 14 de enero de 2020.


Dra. María Luisa Matalinares Calvet
Presidente


Dra. Rosa Elena Huerta Rosales
Asesora


Dra. Natalia Ramírez Saenz
Informante


Mg. Antonio Serpa Barrientos
Miembro

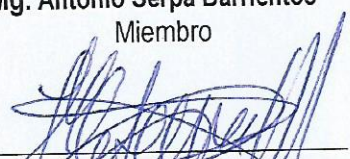

Mg. Miguel Ecurra Mayaute
Informante

TABLA CONTENIDO

Capítulo I. Planteamiento del problema	1
Situación problemática.	1
Formulación del problema.	4
Justificación de la investigación	4
Objetivos de la investigación.	5
Capítulo II. Marco teórico	6
Antecedentes de investigación	6
Bases teóricas	20
La maternidad	20
Modelo de adaptación psicosocial al embarazo de Lederman	21
Fundamentos teóricos de las siete dimensiones de la adaptación psicosocial al embarazo	25
Modelo del desarrollo del vínculo prenatal de Doan and Zimmerman	29
Capítulo III. Método	33
Tipo y diseño de investigación	33
Unidad de estudio	33
Población de estudio y tamaño de la muestra	33
Selección de la muestra	33
Técnica de recolección de datos.	39
Procedimiento en la recolección de los datos	42
Análisis e interpretación de la información.	43

Capítulo IV. Resultados	47
Evidencias de validez de contenido	47
Evidencias de validez de constructo	57
Capítulo V: Discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones	78
Análisis y discusión de resultados	78
Conclusiones	83
Recomendaciones	83
Referencias bibliográficas.	86
Anexo A. Ficha de datos sociodemográficos	95
Anexo B. Cuestionario de autoevaluación del período prenatal- versión de 30 ítems	96
Anexo C. Consentimiento informado	98
Anexo D. Hoja de evaluación de contenido para el juez experto	99

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Siete dimensiones de la adaptación psicosocial al embarazo	28
Figura 2. Prenatal Attachment: A Developmental Model	30
Tabla 1. Investigaciones instrumentales del Cuestionario de evaluación prenatal (PSQ)	6
Tabla 2. Edad de las participantes y sus parejas	35
Tabla 3. Número de gestación de las participantes	35
Tabla 4. Tiempo de gestación de las participantes	36
Tabla 5. Composición familiar de las participantes	36
Tabla 6. Grado de instrucción de las participantes	37
Tabla 7. Embarazo planificado de las participantes	38
Tabla 8. Estado civil de las participantes	38
Tabla 9. Paternidad asumida por la pareja de la participante	39
Tabla 10. Relación con la madre durante el embarazo	39
Tabla 11. Dimensión Preocupación por el bienestar de uno mismo y del bebé: V de Aiken e IC	48
Tabla 12. Dimensión de Aceptación del embarazo: V de Aiken e IC	49
Tabla 13. Dimensión de Identificación con el rol materno: V de Aiken e IC	50
Tabla 14. Dimensión de Preparación para el parto: V de Aiken e IC	52
Tabla 15. Dimensión de Miedo y pérdida de control: V de Aiken e IC	53
Tabla 16. Dimensión de Relación con la madre: V de Aiken e IC	54
Tabla 17: Dimensión de Relación con la pareja: V de Aiken e IC	55
Tabla 18. Ítems observados en la validación de contenido del instrumento	56
Tabla 19. Estadísticos descriptivos del Cuestionario de autoevaluación prenatal	57
Tabla 20. Coeficientes de correlación ítem-test corregida < .20	60
Tabla 21. Estadísticos de adecuación de los datos para ser sometidos al AFE	61
Tabla 22. Criterios considerados para la decisión del número de factores a extraer en el Cuestionario de autoevaluación prenatal- PSQ	62
Tabla 23. Estructura factorial resultante del AFE sobre los 49 ítems agrupados en 4 factores	63
Tabla 24. Estructura factorial resultante del AFE sobre los 49 ítems	

agrupados en 5 factores	65
Tabla 25. Índice de ajuste estadístico del PSQ sin eliminación de ítems	68
Tabla 26. Índice de ajuste estadístico del PSQ compuesta por 49 ítems	70
Tabla 27. Dimensiones del PSQ compuesta por 30 ítems	72
Tabla 28. Correlación entre los cinco factores	72
Tabla 29. Comparación de los índices de ajuste entre el modelo bifactor y el modelo de cinco factores	73
Tabla 30. Estimación de las cargas factoriales estandarizadas de los cinco factores y del factor general	74
Tabla 31. Índices estadísticos del modelo bifactor	75
Tabla 32. Confiabilidad de las puntuaciones en cada dimensión	76
Tabla 33. Conversión de puntuaciones brutas a percentiles del PSQ	77

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, de tipo instrumental, tiene por objetivo adaptar y validar el Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) en una muestra de 790 gestantes usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal, con edades comprendidas entre 13 y 45 años ($M = 23.8$, $DE=6.7$). Se desarrollaron evidencias de validez respecto al contenido y a la estructura interna del cuestionario; en cuanto a lo primero, se utilizó la V de Aiken y los intervalos de confianza, encontrando 69 ítems del cuestionario con IC superiores a .75, lo cual indica acuerdo de los jueces expertos sobre la relevancia de los ítems. Respecto al análisis de la estructura interna, se realizó el análisis factorial exploratorio encontrando un $KMO=.97$; $\chi^2 (45) = 49430.3$, $p < .001$; posteriormente se comparó, a través de un análisis factorial confirmatorio, el modelo teórico propuesto por la autora con el modelo resultante del AFE el cual sugirió cinco dimensiones. Se observó un mejor ajuste en el modelo de cinco dimensiones en su versión de 30 ítems $\chi^2 = 787.75$, $\chi^2/gl = 1.99$, $CFI = .979$, $RMSEA = .035$ [.032- .039], $SRMR = .038$, $AIC = 927.75$. Se estimó los coeficientes de confiabilidad para cada una de las cinco dimensiones encontrándose valores mayores a .92 los cuales son considerados aceptables. Se concluye que el instrumento resultante, con base en un modelo multidimensional de cinco factores, presenta adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a su validez y confiabilidad, por lo que su uso es aceptable como un instrumento para conocer aspectos psicosociales relacionados a la adaptación al embarazo.

Palabras claves: gestante, autoevaluación, psicosocial, validez, confiabilidad.

ABSTRACT

The objective of this research work, of an instrumental nature, is to adapt and validate the Prenatal Self-Assessment Questionnaire (PSQ) in a sample of 790 pregnant women using the National Perinatal Maternal Institute, aged between 13 and 45 years ($M = 23.8$, $DE = 6.7$). Evidence of validity will be developed regarding the content and internal structure of the questionnaire; As for the first, the V of Aiken and the confidence intervals are detailed, 69 items of the questionnaire with CI greater than .75 have been found, and it has been indicated with respect to the importance of the items. Regarding the analysis of the internal structure, exploratory factor analysis was performed finding a $KMO = .97$; $\chi^2 (45) = 49430.3$, $p < .001$; Subsequently, the theoretical model provoked by the author with the resulting model of the AFE, which has five dimensions, was compared through a confirmatory factor analysis. A better configuration is seen in the five-dimensional model in its version of 30 items $\chi^2 = 787.75$, $\chi^2 / gl = 1.99$, $CFI = .979$, $RMSEA = .035$ [.032-.039], $SRMR = .038$, $AIC = 927.75$. Reliability coefficients were estimated for each of the five dimensions. It is concluded that the resulting instrument, based on a multidimensional model of five factors, presents the psychometric properties in terms of its validity and reliability, why its use is acceptable as an instrument to know psychosocial aspects related to the adaptation to pregnancy.

Keywords: pregnant, self-assessment, psychosocial, validity, reliability.

AGRADECIMIENTOS

Realizar un trabajo de investigación resulta una labor ardua; sin embargo, en el proceso uno encuentra personas quienes contribuyen, de distintas formas, a culminar con éxito esta tarea. Por ello, agradezco a la Dra. Rosa Elena Huerta Rosales por la confianza y la asesoría durante la realización de esta investigación. Igualmente, agradezco a mis colegas José Ventura León, Antonio Serpa Barrientos y Tomás Caycho Rodríguez de quienes aprendí el proceso para desarrollar evidencias de validez y confiabilidad de un instrumento de medición psicológica. Sus enseñanzas y recomendaciones me brindaron seguridad y motivación para avanzar con el estudio.

Por último, agradezco a mi familia quien siempre confía en cada proyecto que inicio, su paciencia y afecto son mi fuente de motivación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Situación problemática.

Uno de los acontecimientos más importantes en la vida de toda mujer y su pareja es el embarazo. El proceso de la reproducción humana, es un evento natural que está determinado por los factores genéticos (genoma) y condicionado por los factores ambientales (macro, matro, y micro-ambientes), ambos en una interacción compleja, dando como resultado el fenotipo que caracteriza a cada individuo (Thompson & Thompson, 1996, citado en Jurado- García, 1995, p.141). Por tanto, durante este proceso se generan cambios a nivel biológico, social y psicológico los cuales repercuten no solo en la madre gestante sino también el producto que concibe. Esta perspectiva concibe al ser humano como un todo indisoluble.

De acuerdo con Fernández, Sánchez, Mata, Pérez & González (2014) desde el punto de vista psicológico, la mujer en el proceso de adaptación a su embarazo, percibe los distintos ambientes que conforman su organismo psicofísico, como son el microambiente (cambios que ocurren en su propio organismo), matroambiente (percepción de los movimientos fetales) y macroambiente (ambiente social, físico, cultural, etc.). Para el análisis de estos ambientes se necesitan del empleo de subprocesos cognitivos (por Ej., atención y memoria) y emocionales (por Ej., miedo, sorpresa, alegría, hostilidad, entre otros).

Por tanto, durante este proceso la madre gestante muestra su capacidad para enfrentar el embarazo y de su posibilidad de adaptarse a los cambios que éste conlleva. Dada la trascendencia que tiene la maternidad para la mujer, su respuesta afectiva es más contundente y, por tanto, requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, pues se modifican en ella su estructura y su proyecto de vida a partir del suceso.

Durante el embarazo, como ya se mencionó, juegan un papel importante aspectos internos y externos a la gestante, por lo que es probable que los conflictos psicológicos que surgen en esta etapa correspondan a estas dos fuentes o exista el predominio de uno de ellos sobre otro. Según el Department of Health (2002, citado en Gómez y Aldana, 2007) existe la influencia de factores psicosociales durante el embarazo, tales como los socioeconómicos (empleo, pobreza y trabajo doméstico), fisiológicos (enfermedades físicas crónicas) y psicológicos (eventos de vida y aislamiento social).

Glazier, Elgar, Goel & Holzapfel (2004) a través de un modelo de ecuaciones estructurales muestran las influencias combinadas de factores sociodemográficos (por Ej., el nivel socioeconómico, la edad, la paridad), el estrés (por Ej., eventos negativos de vida y problemas en la relación de pareja y/o insatisfacción con respecto al embarazo) y apoyo social percibido por las gestantes (por Ej., de la pareja, de amigos y familiares y número de amigos). Encuentran que aquellas mujeres que reportaron bajos niveles de apoyo social mostraban mayores niveles de estrés; además de la presencia de respuestas emocionales de ansiedad y depresión. Los hallazgos sugieren que la insatisfacción por no responder a las demandas externas repercute en el estado emocional de las gestantes; lo cual dificulta la adaptación de la mujer a su condición de madre.

Bernazzani, Saucier, David y Borgeat (1997) señalan que existen factores psicosociales relacionados con trastornos emocionales durante el embarazo. El estudio realizado exploró un modelo multifactorial para la comprensión de los factores relacionados con la intensidad de los trastornos emocionales prenatales. Los datos fueron recogidos de 213 mujeres embarazadas durante el segundo trimestre del embarazo. Los participantes fueron evaluados de acuerdo a una serie de variables psicosociales. Se examinaron dos tipos de trastornos emocionales prenatales: síntomas depresivos; además, las respuestas de ambivalencia y miedos asociados a la maternidad. El estudio indica que cuatro factores de riesgo tuvieron un efecto directo sobre el nivel de síntomas depresivos: locus de control, relaciones interpersonales, factores de estrés, y la historia psiquiátrica. Además, cuatro factores de riesgo también tenían un efecto directo sobre el nivel de ambivalencia y miedos: sociodemográficos; nivel de síntomas depresivos; relaciones interpersonales y la historia familiar. Hay varios factores que mostraron un efecto indirecto en una o ambas de las

perturbaciones. Estos resultados del estudio indican que los factores relacionados con los trastornos emocionales prenatales sugieren la evaluación de un modelo multifactorial para evaluar los efectos directos e indirectos de estos factores.

En un estudio realizado por Giurgescu, Penckofer, Maurer y Bryant (2006) encontraron que aquellas mujeres quienes reportaron niveles más altos de incertidumbre, tránsito entre la confianza y la angustia, también reportaron menos apoyo social ($r = -.45$, $p < 0,01$), menor bienestar psicológico ($r = -.48$, $p < 0,01$), la interpretación menos positiva ($r = -0,30$, $p < 0,01$), y un mayor uso de la evasión como estrategia de afrontamiento ($r = 0,43$, $p < 0,01$). Esta estrategia de afrontamiento prenatal media significativamente en los efectos de la incertidumbre sobre el bienestar psicológico ($z = -2.74$, $p < .01$). Por lo tanto, cuando la sensación de incertidumbre se suma a una estrategia evitativa de afrontamiento genera en la gestante un menor bienestar psicológico. Asimismo, el apoyo social tiene un efecto directo en la preparación para la maternidad ($\beta = 0,43$, $z = 3.94$, $p < 0.001$).

A partir de planteado hasta ahora podemos apreciar la necesidad de contar con un instrumento que nos permita explorar aspectos actitudinales y comportamentales; además de los elementos de carácter social que participan en el proceso de adaptación al embarazo; por tal motivo, se inició la búsqueda de instrumentos de medición que cumplan con este propósito, encontrando el Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) diseñado por Regina Lederman (Lederman, 1984). Este instrumento fue elaborado a partir de entrevistas a gestantes sobre los aspectos psicológicos y sociales vinculados a la adaptación a su embarazo. Por ello, la presente investigación se plantea como propósito adaptar y desarrollar evidencias de validez el Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ), siendo esta una herramienta útil en la identificación de respuestas adaptativas o desadaptativas a los conflictos que experimentan las mujeres en relación con su embarazo y maternidad.

Formulación del problema.

De esta manera, reconociendo la importancia de la evaluación de la adaptación prenatal y siguiendo el objetivo propuesto por esta investigación formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las evidencias de validez y confiabilidad de Cuestionario de autoevaluación del período prenatal de Lederman?

Justificación

El desarrollo de la psicología en nuestro país ha permitido arribar a espacios donde antes era impensable la presencia de un profesional en psicología. El campo materno perinatal representa uno de estos espacios donde recientemente se reconoce los aportes de la psicología, tanto en la atención de las gestantes como en la intervención terapéutica cuando se requiere. Igualmente, es importante el avance de la investigación, en este sentido, los hallazgos de este estudio contribuirán al desarrollo de la psicología, en el ámbito materno perinatal, en nuestro país. Este estudio representa un punto de partida en el desarrollo de una línea de investigación en salud materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal con énfasis en los aspectos psicológicos implicados en el proceso de maternización; contar con un instrumento adaptado y con evidencias de validez en población peruana podría facilitar el desarrollo de futuros estudios de carácter multidisciplinarios e interdisciplinarios.

Por otro lado, la adaptación de una prueba no se restringe exclusivamente a una tarea lingüística, se requiere valorar aspectos propios de la cultura del contexto donde se propone realizar esta tarea; además, de evaluar simultáneamente temas de índole conceptuales y métricos (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013); en este sentido, los objetivos de este estudio cumplirán con esta tarea compleja para obtener una herramienta de evaluación equivalente al cuestionario original. Asimismo, siguiendo la propuesta de la APA, AERA y NCME (2014) respecto a las fuentes de validez de un instrumento de medición, esta investigación aportará con evidencias de validez basadas en el contenido y en la estructura interna del cuestionario. Toda esta ardua labor permitirá obtener un cuestionario con cualidades

psicométricas aceptables para evaluar los aspectos psicológicos y sociales de la gestación en gestantes de nuestro país.

Por último, el uso de este instrumento contribuirá en la labor psicológica como una herramienta de tamizaje, válida y confiable, para llegar a una mejor impresión clínica respecto a la adaptación psicosocial al embarazo. Los resultados de este juicio diagnóstico facilitarán el diseño de un plan de intervención, con objetivos específicos, dirigidos a las áreas de mayor conflicto respecto a la adaptación al embarazo.

Objetivos de la investigación.

Objetivo general.

Adaptar y validar el Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) en gestantes adultas y adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Objetivos específicos.

- Realizar la adaptación lingüística del Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) en gestantes adultas y adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Desarrollar evidencias de validez basadas en el contenido del Cuestionario de autoevaluación del período prenatal de Lederman en gestantes adultas y adolescentes atendidas en el INMP.
- Desarrollar evidencias de validez basadas en la estructura interna del Cuestionario de autoevaluación del período prenatal de Lederman en gestantes adultas y adolescentes atendidas en el INMP.
- Estimar la confiabilidad del Cuestionario de autoevaluación del período prenatal de Lederman en gestantes adultas y adolescentes atendidas en el INMP.
- Establecer los baremos del Cuestionario de autoevaluación del período prenatal de Lederman en gestantes adultas y adolescentes atendidas en el INMP.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de investigación

Iniciaremos presentando las investigaciones, nacionales e internacionales, realizadas con el propósito de adaptar y desarrollar evidencias de validez basadas en la estructura interna del cuestionario en estudio (ver tabla 1). Además, presentaremos algunas conclusiones basadas en el análisis de todas ellas.

Tabla 1
Investigaciones instrumentales del Cuestionario de evaluación prenatal (PSQ)

Autores	Año	Titulo	País	Número de participantes	Estructura interna	Confiabilidad
Chou, Avant, Kuo y Cheng	2005	Assessing the psychometric and language Equivalency of the chinese versions of the Index of nausea, vomiting and retching, and The prenatal self-evaluation questionnaire	China	30 mujeres taiwanesas embarazadas	7 dimensiones- 79 ítems	Consistencia interna (α Cronbach .68-.82) α Cronbach para la escala total = .93
Armengol, Chamarro y García-Dié	2007	Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal	España	291 mujeres embarazadas	6 dimensiones- 42 ítems	Niveles de consistencia interna (α Cronbach .561- .912) α Cronbach para la escala total = .856

Lin, Cheng, Kuo & Chou	2008	Development of a Chinese short form of the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire	China	Estudio uno: 660 mujeres embarazadas Estudio dos: 225 mujeres embarazadas.	6 dimensiones- 44 ítems	Niveles de consistencia interna (α Cronbach .77-.89) α Cronbach para la escala total = .90
Lima, Fonseca, Medeiros, Araújo, Da Silva, y Viana	2011	Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras	Brasil	36 mujeres embarazadas.	7 dimensiones- 79 ítems	Consistencia interna (α Cronbach .5- .8)
Barbosa, R.	2016	Modelo de resiliencia para el cuidado del Embarazo en adolescentes	México	439 adolescentes primigestas	4 dimensiones- 31 ítems	Consistencia interna (α Cronbach .46- .95) Aceptación al embarazo= .46 Relación con la madre= .71
Arellano, M.	2018	Adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima	Perú	Participaron del estudio piloto de validación 10 mujeres embarazadas.	6 dimensiones- 36 ítems	Consistencia interna (α Cronbach .61- .98) α Cronbach para la escala total = .87
Lezama-Meneses, S., & Buitrago-León, L.	2018	Adaptación y Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal en Mujeres Gestantes Residentes de la Ciudad de Bogotá	Colombia	430 mujeres gestantes	4 dimensiones- 42 ítems	Consistencia interna (α Cronbach .771- .917) α Cronbach para la escala total = .901

En cuanto a las investigaciones sobre las evidencias de validez del cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ), se encontraron siete estudios los cuales reportan información respecto al contenido y la estructura interna de este instrumento.

En el 2005, Chou, Avant, Kuo y Cheng realizaron un estudio con el propósito de adaptar y conocer las propiedades psicométricas del cuestionario. Iniciaron traduciendo este cuestionario en su versión en inglés al idioma chino. Este proceso se realizó a través de dos investigadores bilingües; asimismo, la equivalencia de la escala original con la escala en estudio fue evaluada por un profesional en enfermería experto en el campo de la atención materna. Para obtener evidencias a cerca de la validez de contenido participaron un obstetra y dos enfermeras con más de diez años de experiencia en el ámbito perinatal. El índice de validez de contenido, respecto a la relevancia y la claridad, fue de 1.

Por otro lado, para evaluar la estructura del instrumento se aplicó el cuestionario resultante a treinta mujeres gestantes usuarias de diferentes clínicas prenatales del sur de Taiwán. Se reportó índices de confiabilidad entre .68 y .82 para las siete dimensiones; además, de un valor de .93 para la escala total.

Armengol, Chamarro y García-Dié (2007) desarrollaron una investigación para conocer las propiedades psicométricas del cuestionario PSQ en un grupo de mujeres gestantes (N=291) de nacionalidad española. El cuestionario en su versión original está compuesto por 79 ítems; sin embargo, los investigadores utilizaron la versión de 84 ítems elaborada por García-Dié (1999). Esta versión añade algunos ítems para igualar en 12 enunciados cada dimensión. Todos estos ítems fueron sometidos a un análisis de homogeneidad, siendo eliminados algunos de ellos, luego con los ítems restantes llevaron a cabo un análisis factorial a través del método de componentes principales con rotación Oblimin con las siete dimensiones propuesta por la autora del cuestionario. Los ítems que saturaron en más de una dimensión o con una saturación inferior a .35 fueron eliminados. Los resultados del estudio indicaron la existencia de seis factores que explican el 38.9% de la varianza.

Asimismo, los valores de confiabilidad, calculados a través del alfa de Cronbach, para las sub escalas fueron entre .561 y .912; se obtuvo un valor de .856 para la escala total. Los autores de este estudio señalaron que la dimensión “Aceptación al embarazo” obtuvo una menor consistencia interna de lo esperado, además indicaron que los ítems que conforman esta dimensión requieren ser refinados para garantizar que representen las creencias y emociones propias de la gestante en el proceso de aceptación del embarazo.

Además, sugieren que las dimensiones que son parte de la estructura del cuestionario son microdimensiones de un concepto que las abarca; es decir, plantean la posibilidad de la unidimensionalidad del instrumento. Al respecto, el constructo “Maternología” propuesto por Delassus (2002) para referirse a la experiencia psíquica de la maternidad cobra relevancia a la luz de este estudio.

En el 2008, Lin, Cheng, Kuo & Chou decidieron realizar una versión breve del cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) traducido por Chou, *et al* (2005). Por lo tanto, dividieron esta investigación en dos momentos, el primero dedicado exclusivamente al diseño de esta versión breve y el segundo a la reevaluación de sus propiedades de validez y confiabilidad. En cuanto a lo primero, evaluaron la calidad de los ítems a través del juicio de expertos (tres profesionales en enfermería) y dos madres gestantes. Reportaron que el índice de validez de contenido (CVI) fue de .96. Posteriormente, aplicaron el cuestionario a 600 mujeres gestantes a fin de obtener evidencias sobre la validez interna del instrumento. El resultado de esta etapa del estudio, a través de un análisis factorial, indicó la existencia de seis dimensiones las cuales explicaban el 54.68% del cuestionario.

En la segunda parte de esta investigación, se aplicó la versión resultante de 44 ítems a 225 mujeres gestantes corroborando la estructura de seis factores; los ítems de la dimensión “*Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto*” fueron agrupados en la dimensión “*Preocupación por el bienestar propio y del bebé*”. Al respecto, los autores señalaron que ambas dimensiones se encuentran estrechamente relacionadas. Los índices de confiabilidad, estimados a través del alfa de Cronbach, para las dimensiones estuvieron entre .77 y .90.; la escala total obtuvo un valor de .90.

Lima, Fonseca, Medeiros, Araújo, Da Silva y Viana (2011) tradujeron y adaptaron el cuestionario PSQ en un grupo de 36 mujeres embarazadas brasileñas. Para la fase de traducción utilizaron el método de traducción inversa; además del análisis por un comité de expertos (n=4), este proceso conllevó a la modificación en cuanto a la redacción de algunos ítems. Se calculó el valor de consistencia interna de cada una de las dimensiones, encontrando valores entre .52 y .89. Las dimensiones “*Identificación con el rol materno*,

preparación para el parto y preocupación por el bienestar propio y del bebé” obtuvieron valores menores a .70.

En el marco de un estudio para determinar la capacidad explicativa del modelo de resiliencia, propuesto por Haase, para el cuidado del embarazo en adolescentes, Barbosa (2016), investigó las propiedades psicométricas de cuatro de las seis dimensiones propuestas por Armengol, Chamarro y García-Dié (2007) del cuestionario de autoevaluación prenatal. Se analizan las dimensiones: calidad de la relación con la pareja, preocupación por el bienestar propio y del bebé, calidad de la relación con la madre y aceptación al embarazo. El análisis factorial confirmatorio corrobora la agrupación de 8 y 9 ítems para las dos primeras sub escalas mencionadas. Sin embargo, la dimensión “relación con la pareja” se ve alterada ligeramente, tres ítems son retirados y dos son añadidos de la escala de aceptación al embarazo. Respecto a la última dimensión, esta quedó conformada por cinco ítems teniendo que incluirse tres ítems a pesar de no cargar adecuadamente. Este estudio vuelve a señalar dificultades, respecto a los ítems, que se agrupan en la dimensión “*aceptación al embarazo*”.

En nuestro país, Arellano (2018) en el marco de su investigación sobre adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro, desarrolló evidencias de validez de contenido del cuestionario de autoevaluación prenatal en la versión propuesta por Armengol, *et al.* (2007). Inicialmente, realizó una prueba piloto en la cual aplicó el instrumento a diez mujeres gestantes con el propósito de conocer si la redacción de los ítems era entendible por las participantes; luego, sometió el instrumento al juicio de expertos conformado por profesionales expertos en salud materna (una médica gineco-obstetra, 3 obstetras y una psicóloga). Finalmente, con las respuestas de la prueba piloto, calculó la confiabilidad del cuestionario en su totalidad a través del coeficiente de alfa de Cronbach obteniendo un valor de .87.

Un aspecto a mencionar es que el estudio utilizó una versión del cuestionario de 36 ítems la cual no reporta en la investigación el motivo de la eliminación de seis enunciados,

considerando que la autora planteaba emplear la versión del instrumento de 42 ítems propuesto por Armegol (2007).

Lezama-Meneses & Buitrago-León (2018) realizaron un estudio para adaptar y analizar las propiedades psicométricas del cuestionario (Armengol et al., 2007) en mujeres embarazadas de la ciudad de Bogotá. El estudio tuvo tres fases; la primera se orientó a la adaptación lingüística de la prueba al contexto colombiano la cual se llevó a cabo a través de un equipo de expertos y la aplicación a diez gestantes. Luego, se sometió el contenido del instrumento al juicio de expertos utilizando el método de agregados individuales, participaron cinco expertos en temas perinatales y de psicometría. Se evaluaron las categorías de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia analizando el acuerdo entre los jueces; asimismo, realizaron una prueba piloto en 81 gestantes para verificar la comprensión de los ítems, se calculó preliminarmente la consistencia interna del cuestionario (alfa de Cronbach de .716). En la última fase, desarrollaron evidencias de validez de constructo extrayendo cuatro factores, para ello utilizaron el método de componentes principales con rotación Quartimax, esta explica el 54.24% de la varianza total. Asimismo, se estimaron los valores de consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, la escala total obtuvo un valor de .90; mientras que las cuatro dimensiones obtuvieron valores entre .771 y .917. El menor puntaje lo obtuvo la dimensión *“Aceptación al embarazo”*.

Este estudio concluyó en una reorganización de la estructura del cuestionario, estableciendo cuatro dimensiones, *“Afrontamiento del embarazo”*; *“Ansiedad en el embarazo”*; *“Percepción de preocupación por el parto”* y *“Aceptación del embarazo”*. Esta propuesta sugiere otra manera teórica de comprender el proceso de adaptación psicológica y social de la gestación.

Luego de la revisión de diferentes estudios internacionales sobre el cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) en cuanto a sus aspectos lingüísticos, conceptuales, métricos y culturales se puede obtener lagunas conclusiones: a) el contenido de los ítems fueron modificados según el contexto cultural donde se ejecutaron; b) los estudios dirigidos a

conocer las propiedades psicométricas sobre la estructura interna del instrumento plantearon una reorganización de los factores y los ítems que los agrupan, ninguno de los estudios corroboró la propuesta de siete dimensiones de la autora inicial; c) las investigaciones realizadas en México, Colombia y Perú utilizaron el cuestionario en la versión propuesta por Armengol et al., (2007) y no la versión original de 79 ítems; d) los estudios con mayor rigurosidad en la validación (España y Colombia) han concluido en una versión del instrumento con un número de ítems menor respecto a la propuesta original y; e) se sugiere continuar los estudios dirigidos a evaluar el carácter de unidimensionalidad conformada por subdimensiones las cuales expliquen el constructo en su totalidad; es decir, comprobar el ordenamiento jerárquico del instrumento.

Aportes de las investigaciones al modelo de adaptación psicosocial al embarazo propuesto por Lederman

A continuación, se presenta aportes de investigaciones para cada una de las dimensiones que propone el modelo de Lederman.

Aceptación al embarazo

Brown (1988) encontró que durante el embarazo se presentan simultáneamente respuestas emocionales positivas y negativas, pero que los sentimientos de bienestar prevalecen; otros investigadores encontraron que las mujeres que se sentían felices con su embarazo utilizaban una mayor variedad de estrategias cognitivas y conductuales para hacer frente a los estados de ánimo negativos (Blake *et al*, 2007).

Cuando una mujer acepta su embarazo, se encuentra en un estado mental de bienestar a pesar del malestar corporal, los cambios en la forma de su cuerpo, los cambios de humor y las preocupaciones económicas; sin embargo, si ella no acepta su embarazo, tiende a desarrollar trastornos emocionales que tendrán un lugar preponderante durante la gestación (Lederman & Weis, 2009).

Según Trad (1991) la aceptación total es poco frecuente, se espera cierta ambivalencia en este proceso, cuando la ambivalencia es excesiva y sostenida, existe mayor tendencia presentar problemas emocionales además de malestares por los cambios físicos del embarazo y el parto. Heinicke (1984) encontró que la ambivalencia materna también fue expresada por intensas preocupaciones acerca de concebir un bebé con problemas de salud. La ambivalencia se expresa indirectamente cuando una mujer se queja en exceso por las molestias físicas, presenta un estado deprimido y la sensación de gestar un feto malformado.

Weis (2006) señala que los conflictos sobre la aceptación del embarazo son significativamente mayores en el primer trimestre y luego van disminuyendo durante el curso del embarazo. Respecto a otras variables que afectan al proceso de aceptación encontró el apoyo de la comunidad y adaptabilidad familiar afectan a este proceso; sin embargo, la paridad y la edad de la embarazada no afectan significativamente.

Pastor y Sánchez (2019) realizaron un estudio en nuestro país, en el cual participaron setenta gestantes adolescentes, con el objetivo de conocer la relación entre el nivel de conocimientos y la aceptación del embarazo con las prácticas de autocuidado. Los resultados indicaron que existe una relación significativa entre ambas variables y las actividades de autocuidado que realiza la mujer gestante.

Identificación con el rol materno

La identificación con el rol materno es el objetivo del cambio de paradigma, del paso de una mujer sin hijo a la mujer con hijo. Este paso tiene lugar durante los nueve meses de embarazo. El cambio de rol afecta profundamente el sentido de sí misma, y las funciones que va asumir al final del proceso (Trad, 1991). El progreso de identificación con la maternidad evoluciona, se acelera, y no cesa durante el embarazo (Leifer, 1980 y Trad, 1991).

Shereshefsky, Plotsky, y Lockman (1973, citado en Lederman & Weis, 2009) encontraron que las dificultades en este proceso que conduce a la identificación con el rol

materno pueden ser resultado de una baja autoestima, narcisismo excesivo, la falta de un buen modelo de madre a seguir; además, los conflictos entre el ejercicio de la maternidad y los objetivos laborales- académicos. Asimismo, identificaron que las mujeres que tienen grandes dudas sobre la maternidad tienden a tener mayores dificultades para identificarse con su nuevo rol. También pueden tener dificultades para pensar en sí mismas como madres o sobre los cambios en sus estilos de vida. Los cambios en la vida pueden ser percibidos como amenazantes, afectando la vinculación con el nonato.

La tarea fundamental es encontrar formas de expresar esta identificación materna en situaciones reales y concretas. Para lograr esto, la mujer a menudo se representa a sí misma en el nuevo rol. Se imagina a sí misma como una madre con su nuevo bebé, sueña con el bebé y trata de descubrir las características que debe poseer una buena madre. Una buena madre es vista como amorosa, cálida, disponible, relajada, empática y comunicativa (Lederman & Weis, 2009)

Deutsch (1970), a través de sus estudios plantea que existe un dilema en la mujer gestante, la valoración entre lo que renunciará o comprometerá en comparación con lo que ganará al asumir este nuevo rol. El dilema se resuelve a medida que la madre avanza hacia un concepto de “yo y el niño”. La gestante llega a aceptar la pérdida de una antigua parte de sí misma, al darse cuenta de que el nuevo rol con su potencial y sus obligaciones tendrá compensaciones; es decir, las pérdidas percibidas están equilibradas por recompensas claramente percibidas.

Por otro lado, durante la adaptación a la maternidad, la gestante busca a otras personas significativas, en particular a su madre. La mujer embarazada a menudo recurre a su madre, no principalmente porque necesita una confidente, sino porque su madre es una fuente de información y experiencia y puede servir de modelo a seguir (Rubin, 1984). Asimismo, Lederman (1989) indica que las representaciones maternas y la vinculación materno-fetal son parte de este proceso y contribuyen a predecir el apego materno-infantil posnatal.

Calidad de la relación con la madre

Nilsson, Uddenberg y Almgren (1971, citado en Lederman & Weis, 2009) señalan que si existe una relación saludable entre la gestante y su madre es probable que la mujer gestante se sienta entusiasmada, apoyada y tranquila durante el embarazo y el parto. La representación que se tiene de la propia madre sirve como modelo constructivo el cual puede ser emulado espontáneamente al establecer su nueva identificación como madre. Por otro lado, si existe hostilidad en la relación madre-hija, la gestante puede aprovechar esta experiencia y resolver dichos conflictos. Cuando la calidad de la relación madre-hija no mejora, es posible que la mujer gestante mantenga una actitud negativa persistente durante su embarazo; además, presente dificultades para adaptarse a la maternidad (Breen, 1975).

La calidad de la relación madre-hija contribuye en la formación de la autodefinición de la hija y la identificación con su rol materno. Si la gestante se ve obstaculizada en el proceso de disipar sus dudas y lograr la confianza en sí misma, puede sentirse menos preparada para el parto y, posteriormente, puede experimentar un aumento de la ansiedad en los días previos al parto (Lederman *et al.*, 1979).

Lederman, Harrison, Worsham y Erchinger (199, citado en Lederman & Weis, 2009) descubrieron que la relación de la gestante con su madre se correlaciona con la identificación de la gestante de su rol materno y con los temores relacionados con el parto. La presencia de conflictos en la relación con la madre se asoció con una actividad contráctil más pobre en el parto y un mayor tiempo en el parto. Por tanto, los conflictos no resueltos entre la madre y la hija se enfrentan a la gravedad durante el parto.

Calidad de la relación con la pareja

Deutscher (1970) señaló que las parejas deben aprender a cuidarse mutuamente, a mitigar los temores y las dudas que surgen durante el embarazo en el tránsito hacia la parentalidad. Este tránsito parte de la relación conyugal hacia la relación parental (Wilson *et al.*, 2007).

Evaluar la calidad de la relación de pareja durante el embarazo es importante, no solo por la importancia en la adaptación al embarazo, sino también para anticipar la adaptación materna y familiar después del parto. Por lo tanto, la evaluación deberá contemplar estos aspectos: a) evaluaciones del cambio en la relación y b) métodos que la pareja usa para resolver las diferencias en el deseo sexual durante el embarazo. Las respuestas a estas preguntas proporcionan una indicación clara del grado de empatía, cooperación y apoyo en la relación (Lederman & Weis, 2009)

Lederman, Lederman, Work y McCann (1978) encontraron que una relación conyugal deficiente se asoció con el ingreso temprano a la unidad de parto, la administración de sedantes y tranquilizantes en el parto temprano para calmar la ansiedad de la mujer gestante y la posterior prolongación del tiempo del parto. Asimismo, Lederman, *et al.* (2002) mostraron que la relación con la pareja es un factor predictivo significativo de la edad gestacional y de la duración de la gestación. Otro estudio que apoya este resultado, señala que la disfunción familiar y matrimonial son determinantes significativos del nacimiento prematuro y bajo peso del recién nacido (Dole *et al.*, 2004).

Asimismo, una inadecuada relación conyugal se asocia con estados de depresión durante el embarazo y es predictor de la presencia de depresión posparto materna (Graff, Dyck & Schallow, 1991, citado en Lederman & Weis, 2009). Además, y de manera importante, los conflictos conyugales, con presencia de agresiones, predijeron un distanciamiento afectivo madre- hijo hasta los seis meses (Crockenberg, Leerkes y Lekka, 2007, citado en Lederman & Weis, 2009).

En un estudio realizado por Ramírez y Rodríguez (2014) concluyeron que los padres muestran mayor interés en implicarse en la crianza de sus hijos desde la gestación. Asimismo, identifican al padre como el acompañante ideal para la gestante durante todo el proceso de embarazo, debido a la relación emocional que desarrolla con su propio hijo; del mismo modo su participación contribuye a una mejor identificación con su rol paterno.

Establecer una identificación hacia la paternidad es un paso de desarrollo primordial para un hombre, del mismo modo que establecer una identificación hacia la maternidad es importante para una mujer (Glazer, 1989, citado en Lederman & Weis, 2009)

Preparación para el parto

La preparación para el parto implica la preparación para los procesos fisiológicos del parto (dilatación cervical, contracciones, etc.), así como el proceso psicológico de separarse del feto y convertirse en madre del niño. Debido a que la mayoría de las mujeres sienten cierto nivel de ansiedad cuando enfrentan lo desconocido, una manera de enfrentar esta ansiedad es aprender lo más posible sobre el trabajo de parto de antemano a través de las clases, leer y hablar con otras mujeres (Lederman & Weis, 2009).

La preparación para el parto también se puede ver en la forma en que una mujer equilibra sus expectativas y su actitud frente a la realidad, en sus comportamientos cotidianos concretos, así como en sus fantasías y sueños. Las dudas o los temores intensos y obsesivos sobre el desempeño en el parto pueden interferir con la preparación de la mujer. Si ella quiere a su bebé, pero le da miedo el parto, puede postergar la práctica de los ejercicios y evitar asistir a clases, leer libros y, si es posible, pensar en el parto.

Si la mujer gestante experimenta emociones ambivalentes en cuanto a ser madre o si el bebé interfiere en su vida, tal vez desee posponer el parto o prolongar el embarazo. Su ambivalencia puede llevar a la culpa que, a su vez, puede intensificar su miedo al trabajo de parto (Kennedy y Shannon, 2004).

Rubin (1984) describió la necesidad de que la gestante por adquirir conocimientos y realizar comportamientos durante el embarazo que permitan que ella y su bebé puedan concluir el embarazo con éxito. La preparación para el parto señala un proceso importante en la progresiva adaptación hacia la maternidad.

En el último trimestre del embarazo, Rubin (1984) describió un proceso en el cual una mujer embarazada desarrolla una sensación de límite entre ella y su bebé, sensación que no se había producido hasta este momento. La tarea principal de este proceso es dilucidar identidades separadas para una misma y para el bebé. A una mujer egocéntrica o con baja

autoestima puede resultarle especialmente difícil hacer la transición a la maternidad. Una mujer recuerda su experiencia de parto por el resto de su vida (Trainor, 2002, citado en Lederman & Weis, 2009).

Preocupación por su bienestar y del bebé

Las mujeres que muestran preocupación por sí misma y por su bebé durante el embarazo tienden a reconocer sus necesidades y limitaciones; además, se sienten relativamente más seguras de sí mismas, se adaptan a lo desconocido, aceptaban el riesgo como una realidad y toleraban la incertidumbre.

Asimismo, Hobfoll et al. (1986, citado en Lederman & Weis, 2009) encontró que las mujeres gestantes con un bajo nivel de autoestima tendían a despreciarse más, eran intolerantes a sus debilidades y no podían identificar sus fortalezas. Tenían más dudas y eran propensos a la culpa. Las mujeres con baja autoestima experimentaron períodos de depresión prolongados en lugar de cortos períodos de vida, que fueron desencadenados por la soledad, y carecían de introspección y de la capacidad de gestionar soluciones para el cambio.

El embarazo está lleno de sentimientos de duda que Rubin (1984) describió como disonancia desestabilizadora. Con la adaptación y el apego maternos prenatales, existe el deseo de proteger al bebé antes de nacer y satisfacer sus necesidades, incluso a expensas de las propias necesidades de la madre (Condon y Corkindale, 1997).

Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto

La preparación para el parto anima a la mujer a desarrollar técnicas de control durante el trabajo de parto ayudarla a sobrellevar el dolor y hacer que tenga menos probabilidades de necesitar medicamentos (Beck y Siegel, 1980, citado en Lederman & Weis, 2009). Por ello, las mujeres que asisten a clases parecen estar condicionadas a la necesidad de control. Las

preocupaciones sobre los riesgos del parto y los temores de lesiones y muerte tienden a ocupar una posición menos central en su preparación mental para el parto. El temor a la pérdida de control fue engendrado por dudas sobre la resistencia corporal y la estabilidad emocional.

Los temores a perder el control durante el parto fueron mitigados por la confianza general en una misma (Beebe et al., 2007), la confianza en los demás y la anticipación de la recompensa: el bebé. Sin embargo, existen mayores temores prenatales con respecto al bienestar de la madre y del bebé, el miedo al dolor, la impotencia y la pérdida de control se asociaron con mayor dolor en el parto y pensamientos más angustiantes (Sullivan, 2006, citado en Lederman & Weis, 2009). Estas mujeres pueden tener un ingreso temprano a la unidad de parto y puede tener una mayor probabilidad de síntomas depresivos postnatales (Cheyne et al., 2007). Generalmente, una mujer que confía en que mantendrá el control, dentro de límites razonables, es confiada también en otras áreas de su vida y es más probable que perciba un mayor control en el parto (Hodnett y Osborn, 1989, citado en Lederman & Weis, 2009).

La expectativa prenatal materna de tener control en el parto se relacionó con el uso de menos medicación, y las mujeres que no utilizaron medicación en el parto tuvieron un parto más corto (Hodnett y Osborn, 1989). Además, Engle, Scrimshaw, Zambrana y Dunkel-Schetter (1990, citado en Lederman & Weis, 2009) informaron que una mayor ansiedad prenatal se asociaba con un menor deseo de control.

Asimismo, las variedades de estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres en el trabajo de parto parecen ser más amplias que los métodos que se enseñan en las clases de educación para el parto, y a menudo se basan en las experiencias pasadas de las mujeres para enfrentar el dolor y la ansiedad (Escott, 2004, citado en Lederman & Weis, 2009). Además, el uso de más estrategias de afrontamiento está asociado con un informe de menos dolor en el parto (Beebe et al., 2007).

Las terapias complementarias y alternativas para el manejo del dolor en el trabajo de parto, incluidas la hipnosis, la acupuntura y la musicoterapia (Podder, 2007, citado en Lederman & Weis, 2009), han sido eficaces para reducir la percepción del dolor y el uso de

medicamentos, analgesia y anestesia, (Cyna, McAuliffe y Andrew, 2004). Igualmente, la psicoeducación prenatal sobre estrategias de afrontamiento en el parto es eficaz para reducir la ansiedad en el parto (Sharma et al., 1998, citado en Lederman & Weis, 2009).

Bases teóricas

La maternidad

La maternidad, más que un evento, es un proceso largo cuyo origen se inicia mucho antes de la llegada específica del parto. Para Amati (2006) “el núcleo psicológico de la maternidad no empieza en el momento del embarazo, sino que comienza a organizarse en la infancia a través de la relación con la propia madre (que es el primer modelo de madre que conoce) y a través de las fantasías de cómo ser madre a su vez”.

La maternidad en el transcurso de su evolución biológica y en sus aspectos fisiológicos se desarrolla y se repite más o menos de la misma forma. Son, sin embargo, los aspectos psicológicos aquellos que convierten una maternidad distinta a otra (Amati, 2006).

Las vivencias experimentadas por la madre gestante durante este proceso explican por qué cada madre vive el embarazo de manera distinta, no solo con respecto a otra madre, sino incluso en sus experiencias de embarazo anteriores. Por tanto, cada proceso de maternidad es siempre distinto y único.

Cada embarazo es, para una mujer, fuente de fantasías y deseos deferentes, así como una madre tiene una vivencia interna diferente con cada uno de sus hijos. Todas las fantasías de una mujer sobre su situación como madre o sobre el niño que nacerá, tiene una enorme importancia, desarrollo del embarazo como para el desarrollo futuro de la relación madre- bebe y parta el destino mismo del nuevo ser (Amati, 2006).

Modelo de adaptación psicosocial al embarazo de Lederman

El modelo de Lederman distingue al primer embarazo como un periodo de transición entre la mujer sin hijo a la mujer con hijo. Durante los nueve meses de gestación, la mujer debe prepararse para la reestructuración del nuevo paradigma, con el bebé como una parte integral y trascendental. Dicho cambio toma lugar en el embarazo hasta el nacimiento donde no puede haber retorno al modelo anterior. Cuando los dos roles no pueden ser reconciliados y para ello requiere de excesivo tiempo como para completarse en nueve meses, el embarazo puede convertirse en un periodo cargado de intensos conflictos y ambivalencias. Lederman propone siete dimensiones: preocupación por su bienestar y del bebé, aceptación del embarazo, identificación con el rol de madre, preparación para el parto, temor a la pérdida del control y desamparo, relación con la madre y relación con la pareja. Para explicarse las respuestas de adaptación y de mala adaptación, evaluó las escalas de cada una de las dimensiones entre sí y encontró resultados estadísticamente significativos en las relaciones de las siete dimensiones en diferentes grupos de mujeres sin complicaciones (Lederman, 1996, p 19).

La primera dimensión de preocupación por el bienestar de ella y su bebé, se inicia desde el primer momento en que se sabe del embarazo hasta el nacimiento y posparto. La mujer empieza a tener miedo por el bienestar del bebé y el de ella ya que pueda morir durante el embarazo o el parto. Muchas de ellas inician con sueños, donde observan al bebé con malformaciones, o donde ellas mueren, por lo cual, la ansiedad aumenta. Además, esto puede incrementarse si alguien cercano a ella ha enfrentado situaciones de bebés con malformaciones o con muertes. (Lederman & Weis, 2009).

La segunda dimensión es la aceptación del embarazo que se refiere a las respuestas de adaptación de la mujer a los cambios inherentes en el crecimiento y desarrollo prenatal. Esta aceptación se asocia con la adaptación de la embarazada y su gratificación con estar embarazada. Los resultados de las investigaciones sugieren que cuando la aceptación es baja la embarazada está menos preparada para el parto y la maternidad; además, presenta más probabilidades de tener conflictos y temores sobre el trabajo de parto. La ansiedad

sobre la aceptación del embarazo también se relacionó con mayores complicaciones durante el parto y la menor edad gestacional del bebé al nacer (Lederman & Weis, 2009).

Es frecuente que la embarazada presente optimismo y al mismo tiempo esté invadida de dudas, estas reacciones anticipadas de alegría son comunes en la mujer que ha buscado la maternidad, sin embargo, empieza a preocuparse por el resultado final de su embarazo, la preocupación de que ella y su bebé pueden morir la motiva a buscar el cuidado oportuno que le permita vigilar y mantener la salud de ambos entre ellas el cuidado del niño. Sin embargo, puede tener sentimientos de ambivalencia en cuanto a su deseo de tener a su hijo. Por un lado, está el avanzar en su ciclo de vida familiar y por otro, el cambio que el bebé pueda ocasionar en su vida como, el trabajo, ratos de ocio, amistades, además de los problemas con los cambios en su autoimagen que para algunas embarazadas serán cambios agradables y satisfactorios, mientras para otras, las molestias que conllevan el abultamiento del vientre, el aumento de peso, crecimiento del tamaño de las mamas y la hiperpigmentación de la piel, serán cambios fisiográvidicos que le genera conflicto con su autoestima (Lederman & Weis, 2009).

La tercera dimensión es la identificación con el rol de madre en el cual se valoran los esfuerzos para enfocarse al rol de la maternidad. Debe para ello, desarrollar un proceso caracterizado por un énfasis paulatino, en donde la futura madre pasa de ser una mujer sin hijos a una unidad madre- hijo, pero a la vez, la individualidad del futuro bebé deberá ser reconocido como otra persona dependiente íntegramente de ella. La madre debe considerar al niño como otra persona significativa en su vida, como un ser único separado de ella misma. Algunas mujeres no han considerado el significado de la relación maternal hasta que repentinamente se enfrentan al nuevo rol y, como resultado, se genera un gran nivel de ansiedad. El logro de esta identificación se puede considerar como el reconocimiento de la separación y la individualidad del niño que está por nacer. La identificación con el rol de la maternidad también se refiere a orientación de vinculación de la madre y la capacidad de entender la naturaleza de sus propios patrones de pensamiento, así como las del feto en desarrollo y el niño recién nacido. (Lederman & Weis, 2009).

La cuarta dimensión de preparación para el parto es cuando la mujer aprende y se prepara para el evento del parto. Este proceso es comparable a la preparación para la maternidad en el sentido de que el deseo de estar preparado no es suficiente. La gestante debe tomar medidas para alcanzar un estado de preparación mental, emocional y física, el cual puede lograrlo tanto a través de acciones concretas y el ensayo imaginario.

En este proceso la mujer debe escuchar a su cuerpo y trabajar activamente con él, para ello se prepara a través de varios medios, como asistiendo a clases, leyendo libros y participando en grupos de preparación con otras embarazadas.

Estas acciones de preparación están estrechamente relacionadas con el nivel de confianza en sí misma y la autoestima de la embarazada, su estilo de personalidad, su experiencia pasada en el manejo del estrés y su forma de resolver los conflictos generados durante la maternidad. El parto y el nacimiento del bebé son un viaje hacia lo desconocido y el resultado nadie lo puede predecir, por lo que esta dimensión asume la adquisición de autoconfianza (Lederman & Weis, 2009).

En la quinta dimensión de temor a la pérdida de control y desamparo, la mujer afronta otra paradoja, a pesar de que ella sabe que no tiene control sobre sus contracciones, debe tomar un cierto grado de responsabilidad, actuar bien y aceptar la ayuda cuando ella la necesite durante las contracciones. Esta dimensión está íntimamente relacionada con la preparación para el parto, el temor puede ser adaptativo o no adaptativo si éste comienza a ser excesivamente confuso. Las asociaciones de dolor pueden disparar miedos acerca de la pérdida del control y una subsiguiente pérdida de autoestima. (Lederman & Weis, 2009).

La sexta dimensión es la relación con su madre, consiste en la revalorización de la relación madre-hija. Una mujer que por primera vez se embaraza, indudablemente se refleja en su propia madre y reevalúa la calidad de su relación actual con su madre, considera la posibilidad de una reconciliación empática si existió un problema entre ellas antes; porque ahora ella reconoce a su madre como un ser humano con límites. Este proceso de volver a trabajar en la relación madre-hija puede continuar en el transcurso del embarazo. Una buena relación con la madre, ayuda a construir su propio rol de la maternidad y un fundamento sólido para identificarse, también está asociada con un grado razonable de

auto-confianza respecto a la maternidad y con menos miedo y ansiedad en el embarazo y el nacimiento (Lederman & Weis, 2009).

La importancia de la relación de la mujer embarazada con su madre ha sido resaltado en la literatura como un factor importante en el proceso adaptativo del embarazo y la maternidad. En el estudio multidisciplinario realizado por la autora (Lederman, Work & McCann, 1978) la calidad de la relación de la mujer embarazada con su madre se relacionó no sólo con los conflictos psicosociales en el embarazo, sino también con los valores de las respuestas fisiológicas de progreso en el trabajo de parto. En otro estudio (Lederman, 1989) se demostró que la relación con la madre parece influir en la identificación de la embarazada con la adaptación al rol de la maternidad. Asimismo, añade la autora, que la capacidad de una mujer para identificar su rol materno depende de la disponibilidad de adecuados modelos y en su primera experiencia de la maternidad. Los resultados de la investigación revelan la importancia de la relación pasada y actual de la mujer embarazada con su madre.

La séptima dimensión es la relación con el esposo y/o pareja, consiste en la preocupación sobre que piensa su pareja como padre respecto al futuro rol, así como, la relación marital durante el desarrollo de su embarazo, la mujer comienza no sólo a preocuparse con su futuro rol, sino también con el de su pareja como padre. Asimismo, es importante resaltar la influencia de la relación de pareja sobre el ajuste postparto. Aun cuando la mujer embarazada cuenta con el apoyo sus familiares, el apoyo de la pareja proporciona la mayor contribución al bienestar materno; además, se ha asociado con el cuidado prenatal. (Lederman & Weis, 2009).

Fundamentos teóricos de las siete dimensiones de la adaptación psicosocial al embarazo

El propósito de este apartado es describir los fundamentos inherentes a cada una de las siete dimensiones de la adaptación al embarazo. La selección de las siete variables psicosociales relevantes a la experiencia de la mujer sobre su embarazo es resultado de un modelo conceptual que considera el embarazo como un período de transición entre dos estilos de vida, dos estados del ser: el de una mujer sin hijo al de una mujer con hijo, y los aspectos importantes de tal cambio (Lederman, 1996; Lederman & Weis, 2009).

Esta transición entre los dos estilos de vida puede ser vista como un cambio de paradigma, el paradigma se entiende como el conjunto de prácticas y saberes actuales respecto a la imagen de sí misma, las creencias, los valores, las prioridades, los patrones de conducta, las relaciones con los demás, y el conjunto de estrategias para resolver problemas. Según Kuhn (1970), un cambio de paradigma se estimula cuando se produce un cambio de vida - en este caso, el hecho del embarazo - lo que resultará en el nacimiento de un niño que no puede ser fácilmente integrado en el viejo paradigma.

A lo largo del período de gestación de nueve meses, la mujer elabora una nueva valoración de sí misma y de otras personas significativas, un descarte de algunos hábitos antiguos y la planificación de nuevos proyectos. El embarazo es un período de preparación para el inicio de un nuevo paradigma, con el recién nacido como una parte integral y crucial. El cambio de paradigma puede ser pensado como un cambio en la percepción. La mujer sin un hijo ve el mundo de manera diferente a la mujer con un hijo. Este cambio tiene lugar en un marco evolutivo, el paso del embarazo hacia el parto es un proceso de desarrollo con varios pasos en incremento en el cual no puede haber retorno al momento anterior (Lederman, 1996; Lederman & Weis, 2009).

Es posible que existan conflictos personales y la resistencia a cambiar antes de cualquier ajuste fundamental para que el nuevo paradigma tenga lugar. El proceso de adaptación a la experiencia del embarazo y el parto ha sido reconocido por algunos investigadores

(Grossman, Eichler, y Winickoff, 1980). Trad (1991) se refiere a los cambios que tienen lugar durante el embarazo ejerciendo efectos en la vida de la mujer.

Para Leifer (1980) y Wolkind & Zajicek (1981) el embarazo se describe como una crisis vital, una en la cual el crecimiento se lleva a cabo a través de la resolución de la crisis. No obstante, para Lederman (...) la mujer percibe esta crisis sólo cuando los dos paradigmas están muy separados, cuando los dos estilos de vida no pueden reconciliarse, y cuando este cambio paradigmático no logra desarrollarse en el tiempo de embarazo. En estos casos, el embarazo puede de hecho ser un período cargado de intensos conflictos y de ambivalencias.

Se espera, con frecuencia, que la gestante se prepare, consciente o inconscientemente a sí misma, para asumir su maternidad; es decir, se movilice hacia el nuevo paradigma, asumiendo la maternidad como una prueba que forma parte del crecimiento, y como un desafío, en lugar de una crisis (Lederman & Weis, 2009).

En el modelo propuesto por Lederman (1996), la madre considera al niño como un ser único, aparte de ella misma. Este supuesto implica el respeto por el niño y el reconocimiento de su integridad y sus derechos. La acción de dar es la característica definitoria de la maternidad, la mujer ya no es autónoma; ahora tiene que procurar su bienestar y el de su hijo.

Para Lederman & Weis (2009) la existencia del nuevo niño no puede ser integrada en el paradigma anterior, se presentan cambios en el estilo de vida de la madre (por Ej., sus prioridades, intereses y la propia imagen de sí misma). Cuando la pérdida de este estilo de vida anterior no se ve compensada por la satisfacción por la llegada del bebé, entonces es posible que la gestante presente un estado de ambivalencia y exista resistencia a la transición hacia el nuevo paradigma.

Próximo al término del embarazo, la mujer podría experimentar un estado de ansiedad cuando se enfrentan a la inminente llegada del niño para el cual tuvo dificultades en prepararse, un trastorno que puede ser intensificada por las presiones y expectativas sociales. La ansiedad excesiva puede afectar el curso del parto, con posibles consecuencias desfavorables para el bienestar de la madre y el niño (Lederman & Weis, 2009).

La mujer gestante realiza ciertas tareas, durante el tiempo de embarazo, para facilitar su adaptación. Inicialmente, la tarea de la mujer es aceptar el embarazo e integrarlo su estilo de vida. Respuestas emocionales como la alegría, son comunes si la mujer gestante ha estado esperando el embarazo; no obstante, podría también generarse dudas, sopesar los pros y los contras, y repensar sus motivos y las consecuencias últimas de una nueva vida. Se espera un cierto grado de ambivalencia y vacilación durante todo el embarazo, incluso cuando se ha aceptado el embarazo tempranamente. Emociones como la ira, el miedo y la soledad, son esperables, durante la transición a la maternidad (Trad, 1990).

Se requieren del cumplimiento de algunas tareas para la adaptación psicosocial al embarazo, resulta necesario la identificación con el rol materno y la renovación de la relación de madre e hija (Lederman & Weis, 2009).

Cuando se reflexiona sobre la experiencia de ser madre, la gestante orienta su atención hacia la relación con su propia madre y evalúa la calidad de esta relación en términos de su propio papel en el futuro. La mujer embarazada tiende a reevaluar su relación actual con su madre y considera la posibilidad de una reconciliación si existiera conflicto antes, porque ahora reconoce a su madre como un ser humano con límites (Lederman, 1996). Este proceso de reelaboración de la relación madre-hija puede continuar durante todo el embarazo.

Estudios de la relación de esta variable con otras en el embarazo indican que una buena relación con la madre ayuda a construir una base sólida para la identificación con el rol materno. Una buena relación madre- hija también se asocia con un grado razonable de confianza en sí misma en relación con la maternidad, y con menos miedo y ansiedad en el embarazo y el parto (Lederman & Weis, 2009).

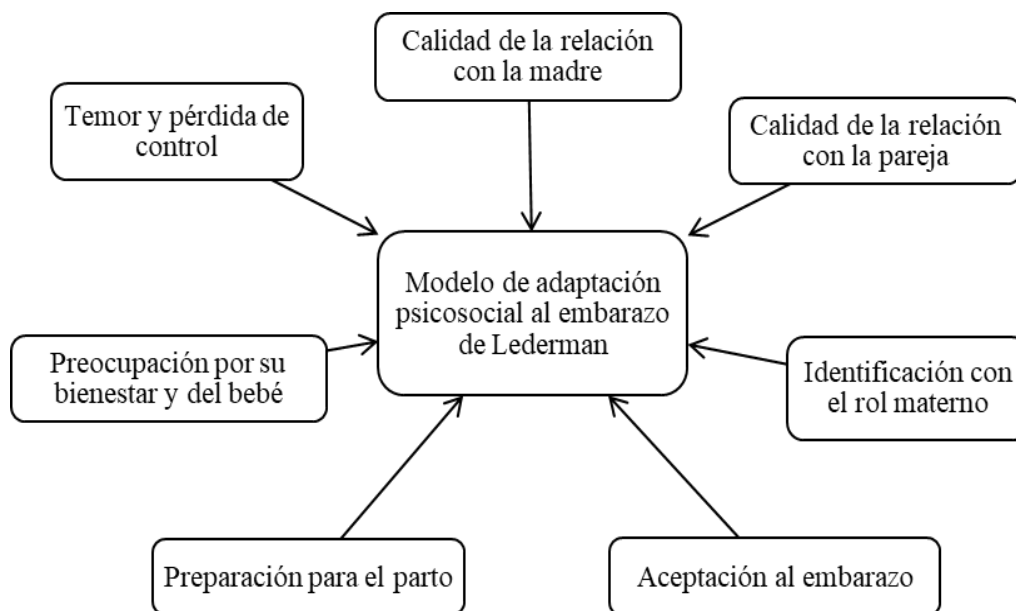


Figura 1. Siete dimensiones de la adaptación psicosocial al embarazo

Fuente: Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal development (Lederman & Weis, 2009).

Elaboración propia

Por otro lado, durante el curso de su embarazo, la mujer se preocupa no sólo con su propio papel en el futuro, sino también con el papel que su pareja asumirá como padre. Al enfocar sus pensamientos sobre su pareja, no es inusual para una mujer embarazada realizar una nueva evaluación de la relación conyugal. Se reconoce que la calidad de la relación conyugal incide sobre la adaptación de la madre durante el embarazo (Lederman, 19984; 1996).

En el tercer trimestre del embarazo, la atención de la gestante se dirige hacia la preparación para el parto, presenta miedos y ansiedades respecto al dolor, preocupación sobre una posible lesión para sí misma o para su hijo; además, de miedo ante la posible muerte de su hijo (Lederman & Weis, 2009). En consecuencia, otra relevante tarea del embarazo es la preparación de la futura madre para el parto, la cual se efectúa a través de diversos medios, tales como asistir a clases, leer libros, y las conversaciones con otras

gestantes sobre el tema. Tales esfuerzos son provocados por el temor a lo desconocido; es decir, cómo se desenvolverá durante el parto, cómo va a llegar al hospital, y si va a llegar al hospital a su debido tiempo.

El parto es un viaje a lo desconocido y nadie puede predecir el resultado, la mujer se enfrenta a la incertidumbre, aprende a equilibrar sus emociones. La preparación para el parto supone la adquisición de conocimientos, así como un grado razonable de confianza en sí misma. Además, el temor a la pérdida de control durante el parto puede ser adaptativa o puede ser maladaptativa si estos niveles aumentan (Lederman & Weis, 2009).

Por último, la transición a la maternidad, al cambio de paradigma, es un proceso psicológico que mantiene el ritmo y complementa el desarrollo físico del embarazo. Este cambio de paradigma significa tomar un camino tanto inquietante como estimulante, lleno de peligros y recompensas inesperadas (Lederman, 1996; Lederman & Weis, 2009).

Es importante resaltar que una adecuada adaptación al embarazo contribuye favorablemente al desarrollo de la vinculación afectiva prenatal (Lafuente, 2008). Por ello, brindaremos una breve referencia a esta variable.

Modelo de desarrollo del vínculo prenatal de Doan and Zimmerman

Para Doan y Zimmerman (2008) existen diferencias individuales en el nivel de relación vincular entre las madres gestantes; por lo tanto, se requiere conocer aquellos factores que puede ayudar a explicar esta variación. A partir de sus estudios encuentran que la empatía y la capacidad cognitiva para mentalmente representar el feto están relacionadas con el nivel de vinculación prenatal.

Concluyeron que la vinculación prenatal es un concepto multidimensional influenciado por muchas variables; por tanto, es importante identificar algunos de los factores que pueden ayudar a dilucidar los diferentes niveles de vinculación prenatal tanto entre los

grupos de mujeres embarazadas como en los diferentes embarazos de una misma madre (Doan y Zimmerman, 2008).

El modelo propuesto por Doan and Zimmerman (2008) intenta integrar la literatura sobre la vinculación prenatal e identificar algunos de los factores que pueden influir en la multidimensionalidad de la vinculación materno fetal. El modelo se basa en los siguientes componentes:

1. La vinculación prenatal puede describirse en tres aspectos:
 - a) Inicio de la vinculación: la vinculación puede establecerse al principio del embarazo, después de los movimientos del feto, luego de un ultrasonido o en el último trimestre de gestación. Es posible también que esta vinculación materno fetal no ocurra durante todo el embarazo.
 - b) El grado de vinculación prenatal, el cual puede ser estimado en tres niveles: bajo, medio o alto.
 - c) La forma de expresión de la vinculación, la cual se manifiesta a nivel cognitivo, emocional y comportamental.

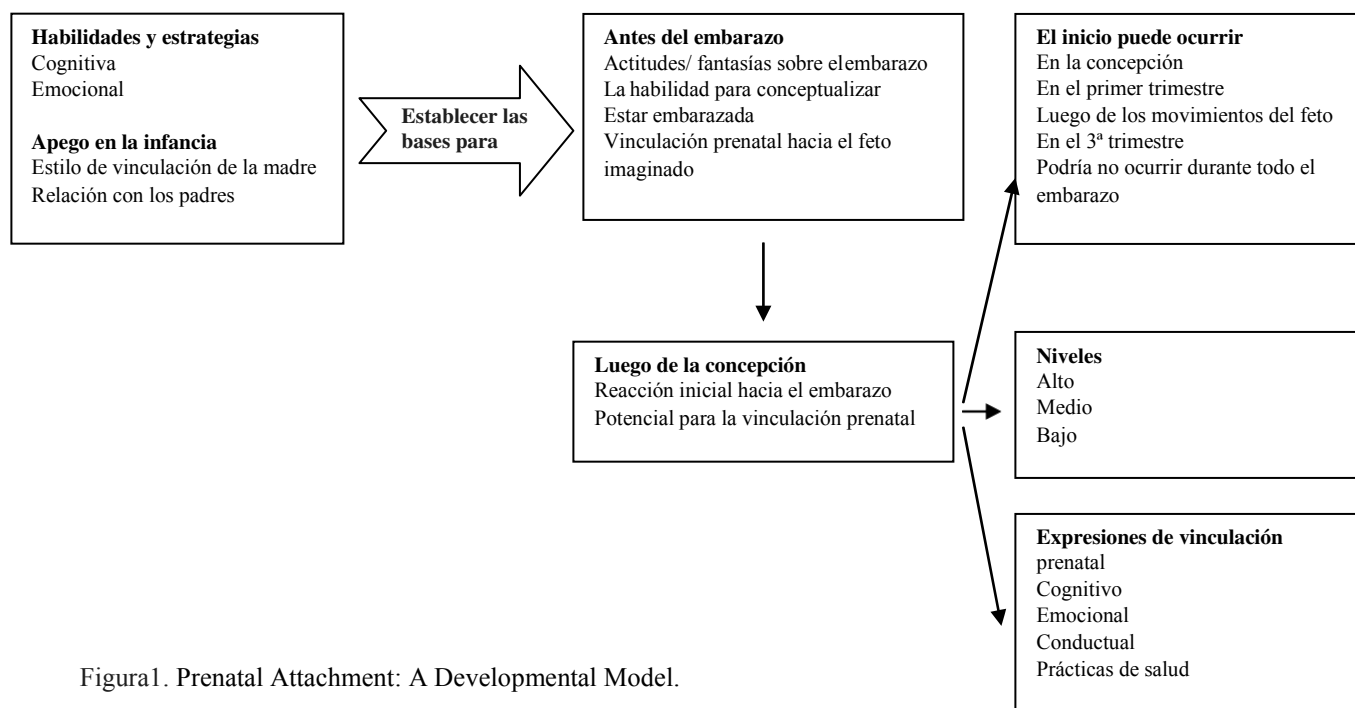


Figura 1. Prenatal Attachment: A Developmental Model.

Fuente: Prenatal Attachment: A Developmental Model. Doan and Zimmerman (2008).

2. Las capacidades y estrategias que podrían establecer las bases para la vinculación prenatal comienzan en la infancia, se evidencian durante la adolescencia y en la adultez temprana previa a un embarazo, y en la edad adulta después de quedar embarazada.
3. Existen antecedentes para el establecimiento del vínculo materno-fetal, los cuales se inician en la infancia, durante esta etapa se presentan habilidades y estrategias cognitivas y emocionales. Respecto al primero, está relacionado con la capacidad de pensar de manera abstracta, fantasear y representar mentalmente un "otro". En cuanto al segundo, se asocia a una preocupación empática, la capacidad de ser sensible para responder a las necesidades de los demás y la capacidad de separar sus necesidades de las demandas del feto en desarrollo. Además, la percepción positiva de la relación con los padres y el estilo de vinculación (por Ej., seguro, evitativo, etc.), que se desarrolla a través de experiencias en la infancia, pueden influir en la capacidad para vincularse con el feto.
4. Durante la adolescencia y la adultez temprana, se aprecia diferentes niveles de potencial para la vinculación prenatal la cual se expresa en la capacidad para conceptualizar positivamente esta vinculación, fantasear sobre estar embarazada y la capacidad para verse ellas misma vinculadas con un feto imaginario.
5. Durante la gestación, el grado de vinculación prenatal puede estar relacionado con factores situacionales en la vida de la mujer, por ejemplo, la etapa de la gestación, experimentar el movimiento fetal, ver una imagen de ultrasonido del desarrollo del feto, sus experiencias de embarazos previos y la maternidad. Todos estos factores podrían determinar el tiempo, la intensidad y la forma de expresión del vínculo materno fetal.

6. La vinculación prenatal puede expresarse cognitiva, emocional, conductual y a través de las prácticas de autocuidado de la salud. Respecto al primero, se expresa en la capacidad de conceptualizar el feto como una persona o ser capaz de diferenciarse a sí misma del feto en desarrollo. En cuanto a aspecto emocional, esta la capacidad para establecer un lazo de empatía afectiva con el feto. A nivel conductual, se refiere a aquellas acciones dirigidas a responder e interactuar con el feto. Por último, se encuentran las prácticas para el mantenimiento de un buen estado de salud durante la gestación.

CAPÍTULO III

MÉTODO

Tipo y diseño de investigación

La presente investigación corresponde a un diseño de investigación instrumental (Ato *et al*, 2013; Montero y León, 2002). Según este autor este tipo de estudio comprende todos aquellos trabajos que analizan las propiedades psicométricas de instrumentos de medida psicológicos, ya sea de nuevos tests o de la traducción y adaptación de tests ya existentes.

Unidad de estudio.

El presente estudio tiene como unidad de estudio a madres gestantes adultas y adolescentes, a partir del segundo trimestre de embarazo, usuarias del INMP.

Población de estudio.

La población de estudio comprende a madres gestantes adultas y adolescentes que asisten a los consultorios gineco- obstétricos del Instituto Nacional Materno Perinatal, establecimiento de salud dedicado a la atención materno perinatal en nuestro país.

Tamaño de la muestra.

Participaron en este estudio 790 madres gestantes adultas y adolescente usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal. Se asume la recomendación que cuanto mayor sea el tamaño muestral mayor confianza se obtendrán de las soluciones (Lloret-Segura, S., *et al*, 2014).

Selección de la muestra.

La selección de las participantes de esta investigación se realizó a través de un muestreo no probabilístico de tipo incidental (Hambleton, 1996). De acuerdo el autor se

requiere una cuidadosa y controlada elección de las participantes con ciertas características. Se adoptaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Madres gestantes adultas y adolescentes (a partir de los 13 años), usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal, que aceptaron participar de la investigación. Se solicitó a cada participante firmar la ficha de Consentimiento informado (Anexo C).
- Madre gestante a partir del segundo trimestre de embarazo

Criterios de exclusión:

- Madres gestantes adultas y adolescentes con alteraciones mentales.
- Madres gestantes adultas y adolescentes cuyo embarazo sea producto de abuso sexual.
- Madres gestantes adultas y adolescentes analfabetas.
- Madres gestantes que no aceptaron participar del estudio.

A continuación, se presentan, en modalidad de tablas, la información obtenida de la encuesta sobre los datos sociodemográficos de las participantes.

En la tabla 2 se observa que la edad mínima y máxima de las participantes es de 13 y 45 años respectivamente. El promedio de estas edades es de 24 años y una desviación estándar de 7 años. En cuanto a las edades de las parejas de las evaluadas, la edad mínima es de 15 años mientras que la edad máxima es de 60 años. El promedio de dichas edades es de 27.20 años y una desviación estándar de 7.63 años. Estos datos indican que, en general, las parejas son mayores en edad que las participantes.

Asimismo, del total de participantes el 32.7% corresponde a madres adolescentes (258); es decir, gestantes menores de 19 años. Esta corte en la edad fue asumida según los criterios del ministerio de salud (MINSA, 2017).

Tabla 2

Edad de las participantes y sus parejas (n=790)

	Mín	Máx	M	DE
Edad de la participante	13	45	23.87	6.76
Edad de la pareja	15	60	27.20	7.63

Nota: Min= mínimo; Max= máximo; M= media; DE= desviación estándar

En la tabla 3 se aprecia el porcentaje de primigestas (62.4%) y multíparas (37.6%) que participaron en la investigación. El mayor porcentaje se concentró en aquellas que vivieron el proceso de embarazo por primera vez. Es importante mencionar que para un 23.3% de las participantes era su segunda gestación y solo 2 participantes (0.2%) presentaba un embarazo por séptima vez.

Tabla 3

Número de gestación de las participantes (n= 790)

Número de gestación	F	%
Primigestas	493	62.4
Multíparas	297	37.6

Nota: F= frecuencia; %= porcentaje

En la presente tabla se observa que las participantes que cursaron el tercer trimestre de gestación conformaron el mayor grupo de evaluación (81.6%); en según lugar, se encontró aquellas que estuvieron en el segundo trimestre de gestación (18.4%). No se evaluaron madres gestantes en el primer trimestre del embarazo debido a que este proceso adaptativo requiere de tiempo; por ello, la autora del cuestionario recomienda su evaluación por encima de las 14 semanas de embarazo.

Tabla 4

Tiempo de gestación de las participantes (n= 790)

	F	%
Segundo trimestre	145	18.4
Tercer trimestre	645	81.6

Nota: F= frecuencia; %= porcentaje

En cuanto a la composición familiar de las participantes, en la Tabla 5 se observa que el mayor porcentaje correspondió a familias nucleares (65.2%); es decir, constituidas por ambos padres e hijos, incluyendo el gestante. Se consideran en este grupo aquellas parejas que conviven independientes de sus familias de origen. En segundo lugar (20.1%), se encontraron aquellas participantes que viven con su pareja e hijos, además de parientes en la tercera generación (abuelos maternos o paternos). En el tercer lugar, se encontró el grupo familiar de tipo ampliada (12%), esta familia se caracteriza por estar constituida por ambos padres y sus hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, cuñados, primos, etc. Todos ellos habitando la misma vivienda. En el cuarto lugar se ubicaron las familias de tipo equivalente (2.2%), en este tipo de familia la madre gestante vive con amigos y/o personas que no comparten parentesco de consanguineidad. En último lugar, se ubican aquellas participantes que pertenecen a familias reconstituidas, conformadas por su nueva pareja e hijos de un compromiso anterior (.5%). La clasificación que utilizamos en este apartado corresponde a la clasificación de la composición familiar según el Ministerio de salud de nuestro país (2011).

Tabla 5

Composición familiar de las participantes (n= 790)

	F	%
Familia nuclear	515	65.2
Familia extendida	159	20.1
Familia ampliada	95	12
Familia equivalente	17	2.2
Familia reconstituida	4	.5

Nota: F= frecuencia; %= porcentaje

La presente tabla nos muestra que del grupo de evaluadas el 19.4% no culminaron sus estudios secundarios. Un 36.3% de las participantes logró concluir sus estudios de nivel secundario. El 11.9% de las participantes no lograron concluir sus estudios técnicos, un 11% logró concluirlos. Respecto a un nivel de educación superior universitaria, un 14.6% de las evaluadas cursaba este nivel académico o se quedó en él, solo un 6.8% tenía una carrera universitaria concluida.

Tabla 6

Grado de instrucción de las participantes (n=790)

	F	%
Primaria incompleta	7	.9
Primaria completa	10	1.3
Secundaria incompleta	136	17.2
Secundaria completa	287	36.3
Superior técnico incompleto	94	11.9
Superior técnico completo	87	11
Superior universitario incompleto	115	14.6
Superior universitario completo	54	6.8

Nota: F= frecuencia; %= porcentaje

En la tabla 7 se aprecia que el 66.3% de las evaluadas refirieron no haber planificado su embarazo mientras que el 33.7% señalaron haber planificado la llegada de su hijo a su familia. Este dato es importante ya que la planificación de un embarazo influye positivamente en la vinculación y adaptación prenatal; no obstante, el no haber planificado el embarazo no debe ser entendido como la no aceptación de este.

Tabla 7

Embarazo planificado de las participantes

	F	%
Planificado	266	33.7
No planificado	524	66.3

Nota: F= frecuencia; %= porcentaje

Respecto al estado civil de las participantes, el mayor porcentaje (60.4%) se concentró en aquellas madres que convivían con sus parejas. Un 28.9% de este grupo corresponde a madres adolescentes (138 participantes). Si consideramos el total de madres adolescentes que participaron de este estudio, el 53% de ellas refirieron estar conviviendo con sus parejas. En segundo lugar, se ubicaron aquellas aun no iniciaron convivencia con sus parejas. Solo un 12.5% estaba casada.

Tabla 8

Estado civil de las participantes

	F	%
Soltera	213	27
Casada	99	12.5
Conviviente	477	60.4
Viuda	1	.1

Nota: F= frecuencia; %= porcentaje

La siguiente tabla indica que el 94.9% de las parejas de las participantes asumieron su responsabilidad parental con su hijo en gestación; por otro lado, un 5.1% de la muestra no ha asumido dicha responsabilidad. Este último dato señala la condición de abandono tanto de la madre como del hijo en gestación.

Tabla 9

Paternidad asumida por la pareja de la participante

	F	%
Paternidad asumida	750	94.9
Paternidad no asumida	40	5.1

Nota: F= frecuencia; %= porcentaje

Por último, en la tabla 10 encontramos que el 92.9% de las madres gestantes evaluadas mantenía una relación con su madre, en la mayoría de los casos ambas vivían juntas. Al respecto, sería importante considerar la calidad de la relación entre ambas ya que esta contribuye al proceso de adaptación al embarazo (Lederman, 2009). Solo un 7.1% refirió que no mantenía una relación con su progenitora durante su embarazo.

Tabla 10

Relación con la madre durante el tiempo de embarazo

	F	%
Relación con la madre	734	92.9
No hay relación con la madre	56	7.1

Nota: F= frecuencia; %= porcentaje

Técnica de recolección de datos.

Para la ejecución de este estudio se emplearon dos instrumentos:

a) Ficha de datos sociodemográficos.

Para los fines de la presente investigación, se diseñó una ficha sociodemográfica, la cual incluye las siguientes variables: edad, grado de instrucción, número de gestaciones, lugar de residencia, composición familiar, ocupación, planificación del embarazo, apoyo

emocional o económico de su pareja o familiares, aceptación de la paternidad y edad de la pareja. El nombre de cada participante fue reemplazado por un código para mantener en reserva su identidad (Anexo A).

b) Cuestionario de autoevaluación prenatal (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire- PSQ).

Lederman (1984, 1996, 2009) realizó entrevistas a mujeres embarazadas y a partir de esta información diseñó el cuestionario de autoevaluación prenatal (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire). La versión original escrita en idioma inglés fue traducida al castellano por García-Dié (1999) con el propósito de estudiar de manera longitudinal las representaciones en el proceso de la maternidad.

Este instrumento evalúa siete dimensiones psicosociales:

- a) Aceptación del embarazo (14 ítems), caracterizada por las conductas adaptativas que realiza la mujer para aceptar su gestación; por ejemplo: la planificación consciente y la espera del embarazo, la tolerancia a los malestares físicos, la aceptación de los cambios de su cuerpo y la aceptación de la ambivalencia propia de esta etapa;
- b) Identificación con el rol materno (15 ítems), caracterizada por la motivación para la maternidad, la preparación para ésta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno. Por lo tanto, dentro de esta dimensión se incluye la aceptación, protección y alimentación del niño/a);
- c) Calidad de la relación con la madre (10 ítems), esta dimensión se refiere a la disponibilidad de la abuela (madre de la embarazada) y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación del nieto, el reconocimiento de la hija como madre, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de relación y crianza del bebé;

- d) Calidad de la relación con la pareja (10 ítems), se enfoca en el interés de la pareja hacia las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella;
- e) Preparación al parto (10 ítems), esta dimensión abarca las conductas preparatorias como asistir a clases prenatales, leer libros, conversar con otras gestantes respecto a esta experiencia, etc.; además, los ejercicios imaginarios referentes al parto;
- f) Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto (10 ítems), esta dimensión se caracteriza por la pérdida de control sobre el cuerpo y sobre las emociones, la confianza en el personal médico y sanitario, así como la actitud hacia el uso de la medicación durante el parto; y
- g) Preocupación por el bienestar propio y del bebé (10 ítems), esta dimensión se refiere al miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto y los riesgos para el bebé y para sí misma.

Según Lederman y Weis (2009) las dimensiones se construyeron para que cada una de ellas proporcione información única; por tanto, señalan son relativamente independientes y se justifican medidas separadas para cada uno de estas construcciones.

Los coeficientes de confiabilidad, alfa de Cronbach, de las dimensiones que conforman el cuestionario, en un grupo de 119 gestantes, oscilaron entre .75 y .92. Asimismo, la correlación entre las dimensiones que conforman el cuestionario oscilaron entre .06 y .54. En cuanto a los valores de correlación entre dimensiones, estos son considerablemente más bajas que los valores obtenidos en la confiabilidad de las dimensiones. Las correlaciones moderadas fueron entre la dimensión *“Aceptación del embarazo”* y la dimensión *“Identificación con el rol materno”*, obtuvieron un valor de .54, este resultado es coherente ya que la aceptación del embarazo está estrechamente relacionada con la identificación de la gestante con su nuevo rol.

Asimismo, la dimensión *“Identificación con el rol materno”* y la dimensión *“Calidad de la relación con la madre”* tienen un coeficiente de correlación de .35; lo que podría indicar la influencia del papel de la madre en el proceso de cambio paradigmático en la vida de la gestante. Por otro lado, el coeficiente de correlación entre la dimensión *“Preparación para el parto”* y *“Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto”* fue de .47, lo que sugiere que, si la embarazada se siente desinformada y no está preparada para enfrentar los eventos del parto, sus miedos y pérdida de control en el parto puede aumentar.

Un valor de .35 fue reportado entre las dimensiones *“Preparación para el parto”* y *“Preocupación por el bienestar propio y del bebé”*; además, las dimensiones *“Preocupación por el bienestar propio y del bebé”* y *“Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto”* obtuvieron un coeficiente de correlación de .52, lo cual indica que la preocupación por el bienestar de la gestante y del bebé están relacionados con los miedos asociados al parto. Estas tres dimensiones posiblemente están relacionadas entre sí porque todas ellas abordan los temores y las preocupaciones sobre el trabajo de parto; sin embargo, la autora señala que como las dimensiones solo están moderadamente correlacionadas, es útil hacer una distinción entre estos diferentes tipos de preocupaciones.

Procedimiento en la recolección de los datos

La aplicación de la ficha sociodemográfica y el cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) se realizó principalmente en las salas de espera de consultorios externos del área de gineco- obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal, tanto en el área de adultas como adolescentes. La aplicación se realizó individual y colectivamente. Igualmente, se solicitó autorización a la jefatura de obstetricia para ingresar a los ambientes de estimulación prenatal donde se logró aplicar los instrumentos de manera colectiva.

Se aplicó un total de 790 cuestionarios entre madres adulta y adolescentes. Todas las participantes firmaron la ficha de consentimiento informado.

Análisis e interpretación de la información.

El desarrollo de la investigación se realizó en tres fases, en primero lugar, se realizó la adaptación lingüística del cuestionario revisando cada uno de los setenta y nueve ítems, versión original del instrumento. Esta labor estuvo a cargo del investigador y dos psicólogas quienes modificaron la redacción de algunos ítems para una mejor comprensión y adecuación del contexto original a la población peruana. Es importante mencionar que previamente se tomó contacto, vía electrónica, con la Dra. Regina Lederman, autora del Cuestionario de autoevaluación prenatal con el propósito de explicar el objetivo del estudio y solicitar su autorización para el uso del cuestionario en el proceso de investigación. Posterior al envío de documentación que acreditaron la labor profesional y el desarrollo de la investigación en el marco de estudios de post grado- solicitados por la autora, logramos acceder a la versión en español del instrumento.

Por último, la primera versión resultante de esta revisión se aplicó a una muestra preliminar de 20 gestantes para estimar su comprensión de los enunciados y el tiempo aproximado para la administración del instrumento. Las participantes brindaron sugerencias importantes para la modificación de 54 ítems del cuestionario.

En la segunda fase, se desarrollaron las evidencias de validez basadas en el contenido del cuestionario, en su versión obtenida en la fase anterior. Se utilizó la estrategia de criterio por jueces expertos a fin de evaluar la relevancia de cada ítem para el constructo al que pertenece; asimismo, se solicitó a los jueces brindar sus aportes para mejorar la redacción de cada enunciado.

Se eligió y solicitó a diez jueces expertos, 5 de ellos con experiencias profesional en salud materno perinatal y 5 en construcción de pruebas. Para medir el acuerdo entre los jueces, se utilizó el índice de Aiken acompañado de sus intervalos de confianza al 95%. El cálculo se realizó a través del programa informático en Visual Basic para la V de Aiken propuesto por Merino y Livia (2009).

La estrategia de revisión por jueces se realizó en dos oportunidades debido a que en la primera ocasión los valores obtenidos en el límite inferior del intervalo de confianza de solo

34 ítems fueron mayores a .70 (Charter, 2003, citado en Merino, C. y Livia, J., 2009); luego, en la segunda ocasión, con una mejora en la redacción de los ítems, solo 10 enunciados no cumplieron con este criterio, sugiriendo su eliminación.

A pesar de la información obtenido en el análisis de contenido, se decidió mantener los 79 ítems del cuestionario en la aplicación del instrumento a la población objetivo, dicha decisión permitió someter dichos enunciados a la evaluación por las participantes y conocer sus propiedades para la estructura interna de la prueba.

Esta fase concluyó con la aplicación del instrumento preliminar a 100 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal para verificar la comprensión de los ítems.

La tercera fase, se desarrollaron las evidencias de validez basadas en la estructura interna del instrumento. Respecto a los procedimientos para la obtención de los resultados, posterior a la aplicación de los dos instrumentos a las participantes, de acuerdo con un muestreo no probabilístico incidental, se procedió al vaciado de los datos obtenidos en la ficha sociodemográfica y del cuestionario de autoevaluación prenatal en la base de datos elaborada en paquete estadístico informático SPSS v. 24.

En cuanto al análisis descriptivo de las características de las participantes se analizaron las opciones de media, desviación estándar, valores mínimos y máximos, frecuencias y porcentajes; asimismo, se exploró la estructura subyacente al cuestionario a fin de corroborar si coincide con la propuesta de la autora. Luego de someter los 79 ítems al análisis factorial exploratorio a través del programa FACTOR en su versión 10.8.02 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2007) se obtuvo como sugerencia la existencia de seis factores. Este resultado difería de los datos obtenidos por la regla de Kaiser y el criterio teórico.

Con el propósito de contar con mayor evidencia respecto a la estructura interna, se estimó la capacidad discriminativa de cada uno de los ítems mediante la correlación ítem-test corregida, empleando el valor mínimo aceptado de .20 (Klein, 1986), se obtuvo que 30 ítems evidencian poca capacidad discriminante y un menor aporte al valor total del instrumento.

En base a esta última información, se decidió realizar nuevamente un análisis factorial exploratorio con los 49 ítems resultantes. El análisis sugirió cuatro factores; no obstante, el factor 2 agrupaba ítems correspondientes a la dimensión *Aceptación del embarazo y Calidad de la relación con la pareja*, lo cual resulta incoherente. Por ello, se sometió a un nuevo análisis solicitando al programa la agrupación de cinco dimensiones. Esta última propuesta evidenció mayor estabilidad, solidez y coherencia respecto a la agrupación de los ítems.

En tercer lugar, se realizó el análisis factorial confirmatorio (AFC) a través del programa AMOS en su versión 24, se utilizó el método de máxima verosimilitud para el cálculo de los diferentes índices de bondad de ajuste (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Hair et al., 1999; Hu & Bentler, 1998; Lloret-Segura et al., 2014; Manzano & Zamora, 2010; Ruiz, Pardo & San Martín, 2010) entre ellos χ^2 , g.l., $\chi^2/g.l.$, CFI, RMSEA, RMR y AIC. Todos estos índices fueron necesarios para la estimación del mejor modelo.

Se compararon cuatro modelos, el primero consistió en la propuesta original de la autora la cual sugiere una estructura bifactor (Gignac, 2016), la presencia de factores específicos que al sumarse se obtendría un factor general (adaptación psicosocial al embarazo), el segundo modelo presentó la relación entre las siete dimensiones sin incluir un factor general, el tercer y cuarto modelo derivaron del AFE el cual recomienda la presencia de 4 y 5 factores respectivamente.

Los resultados indicaron que el cuarto modelo presenta mejores bondades de ajuste en comparación con los demás modelos. Durante el desarrollo de este análisis se eliminaron 19 ítems; por tanto, la estructura final retuvo a los cuatro factores agrupándose en ellos los 30 ítems.

Se analizó la confiabilidad de las cinco dimensiones a través del índice omega (McDonald, 1999), el cual utilizó las cargas factoriales de los ítems.

Con el propósito de evaluar la existencia de un factor general (FG) en el cuestionario, se realizó el análisis bifactor a través del programa AMOS 24, el cual emplea el modelo de ecuaciones estructurales (SEM). En comparación con el modelo de 5 factores se obtuvieron

mejores índices de ajuste absoluto, incremental y de parsimonia. No obstante, existe evidencia que estos índices tienden a favorecer a los modelos bifactor, mostrando mejores bondades de ajuste (Morgan, Hodge, Wells, & Watkins, 2015; Gignac, 2016). Por ello, se calculó otros índices estadísticos que evaluaron la robustez del FG; además del aporte de los cada uno de los factores específicos (FEs).

Se utilizó el módulo en MS Excel creado por Dominguez-Lara, S. & Rodriguez, A. (2017) para el cálculo del ECV (Explained Common Variance), el PUC (Percentage of Uncontaminated Correlations) y el omega jerárquico para el FG y los FEs. Para el cálculo de estos índices solo requirió ingresar las cargas factoriales estandarizadas del FG y los FEs. La evidencia obtenida no permitió corroborar la existencia de la unidimensionalidad del cuestionario; por ello, se concluyó en la multidimensionalidad del instrumento.

Por último, se realizaron los baremos para cada una de las dimensiones del cuestionario de autoevaluación prenatal de Lederman. Se establecieron, como sugiere Dominguez-Lara (2016), los puntos de corte los valores obtenidos en el Pc25 y Pc75 para los niveles bajo y alto respectivamente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Evidencias basadas en la validez de contenido

A continuación, se muestran los valores obtenidos en la V de Aiken y sus Intervalos de confianza al 95% en cada una de las dimensiones del cuestionario.

El cuestionario fue sometido a criterio de jueces en dos ocasiones, en el primer proceso los jueces observaron la redacción de varios de los ítems que componen este instrumento; por ello, luego de la reformulación de los ítems, se sometió a un segundo proceso de evaluación, encontrándose mejores puntuaciones en los estadísticos utilizados para la validación de contenido. Cada tabla presenta ambos momentos de la evaluación.

En la dimensión Preocupación por el bienestar de uno mismo y del bebé compuesto por 10 reactivos, se aprecia que los índices de Aiken son mayores en el segundo proceso de evaluación; igualmente los valores en los Intervalos de confianza al 95%.

Respecto a los índices de Aiken los valores van de .725 a .825, en el primer momento de evaluación; luego estos valores van de .8 a .95, apreciándose un mayor acuerdo de los jueces expertos sobre el contenido de los ítems. Del mismo modo, los valores de los límites inferiores en los Intervalos de confianza al 95% aumentaron luego de la reformulación de los reactivos. Durante la primera aplicación el valor mínimo del intervalo fue de .572; mientras que en la segunda aplicación el valor del límite inferior del intervalo fue de .652.

Ahora bien, este dato de los Intervalos de confianza es importante en la medida que se propone conocer si un coeficiente V es significativamente diferente del mínimo nivel de validez según los criterios de los expertos; este criterio puede estar en un nivel liberal (Cicchetti, 1994, citado en Merino y Livia, 2009) de $V = 0.50$, o en un nivel más conservador, como $V = 0.70$ o más (Charter, 2003, citado en Merino y Livia, 2009).

Por ello, el ítem 79 *Temo ser lastimada durante el parto* ($V=.8$; .652 - .895) tendría que ser eliminado de esta dimensión por no cumplir con el valor mínimo esperado en el Intervalos de confianza al 95%; a pesar que el valor de la V de Aiken es de 0.8.

Tabla 11.

Dimensión Preocupación por el bienestar de uno mismo y del bebé: V de Aiken e Intervalos de confianza.

Ítems	Primera aplicación		Segunda aplicación	
	V	IC al 95 %	V	IC al 95 %
Creo que el parto y el nacimiento de mi bebé no tendrán complicaciones	0.725	0.572-0.839	0.95	0.835-0.986
Me preocupa que mi bebé pueda tener anomalías	0.75	0.598-0.858	0.95	0.835-0.986
Últimamente pienso en lo peor cuando tengo dolor	0.75	0.598-0.858	0.925	0.801-0.974
Me preocupo en los problemas que mi bebé podría tener al nacer	0.825	0.680-0.913	0.9	0.769-0.960
Temo ser lastimada durante el parto	0.75	0.598-0.858	0.8	0.652-0.895
Estoy nerviosa por las complicaciones que ocurran en el parto	0.85	0.709-0.929	0.9	0.769-0.960
Me preocupa que algo salga mal durante el parto	0.8	0.652-0.895	0.85	0.709-0.929
Me preocupa perder a mi bebé en el parto	0.725	0.572-0.839	0.875	0.739-0.945
Pienso en todas las cosas terribles que podrían suceder en el parto	0.8	0.652-0.895	0.875	0.739-0.945
Tengo confianza de tener un parto normal	0.775	0.625-0.877	0.9	0.769-0.960

Nota: V= V de Aiken; IC= Intervalo de confianza

En la tabla 12 se muestra la dimensión de Aceptación del embarazo, en ella se detalla las puntuaciones obtenidas en el V de Aiken y en los Intervalos de confianza en ambos procesos de la evaluación por los jueces expertos. En la primera evaluación la puntuación más baja en el V de Aiken fue de .475 correspondiente al ítem *Me molesta estar embarazada en este momento* (IC = .329- .625). Posterior a la reformulación en la redacción del ítem, este obtuvo un valor en la V de Aiken igual a .9 en un Intervalo de confianza al 95% de .769-.960. Por tanto, este reactivo se mantuvo en la versión final del cuestionario.

Asimismo, luego de ambos procesos, dos de los ítems pertenecientes a esta dimensión tendrían que ser eliminados por mostrar un valor menor a 0.7 como límite inferior en el Intervalo de confianza. Estos ítems son *Tengo problema para adaptarme a este embarazo* y *Este embarazo es gratificante*. Según el criterio de los expertos ambos ítems se encuentran contenidos en otros de los reactivos de esta dimensión.

Tabla 12

Dimensión de Aceptación del embarazo: V de Aiken e Intervalos de confianza.

Ítems	Primera aplicación		Segunda aplicación	
	V	IC al 95 %	V	IC al 95 %
Este es un buen momento para estar embarazada.	0.875	0.739-0.945	0.925	0.801-0.974
Puedo tolerar las incomodidades que siento en el embarazo	0.85	0.709-0.929	0.875	0.739-0.945
Es difícil para mí acostumbrarme a los cambios que trae mi embarazo	0.8	0.652-0.895	0.925	0.801-0.974
Disfruto este embarazo	0.75	0.598-0.858	0.925	0.801-0.974
Estoy contenta de estar embarazada	0.775	0.625-0.877	0.875	0.739-0.945
Es difícil para mí aceptar este embarazo	0.9	0.769-0.960	0.9	0.769-0.960
Este ha sido un embarazo fácil hasta ahora	0.85	0.709-0.929	0.9	0.769-0.960
Desearía no tener a mi bebé ahora	0.65	0.495-0.779	0.9	0.769-0.960
Tengo problema para adaptarme a este embarazo	0.7	0.546-0.819	0.825	0.680-0.913
Este embarazo es frustrante para mí	0.825	0.680-0.913	0.9	0.769-0.960
Este embarazo es gratificante	0.825	0.680-0.913	0.825	0.680-0.913
Me molesta estar embarazada en este momento	0.475	0.329-0.625	0.9	0.769-0.960
Encuentro muchas cosas desagradables en este embarazo	0.85	0.709-0.929	0.85	0.709-0.929
Estoy feliz con este embarazo	0.8	0.652-0.895	0.875	0.739-0.945

Nota: V= V de Aiken; IC= Intervalo de confianza

En la dimensión referida a la Identificación con el rol materno la cual evalúa la identificación progresiva en el pensamiento de la madre como una mujer sola hacia la unidad madre-hijo, además del reconocimiento de la separación y la individualidad de la gestante.

Tabla 13

Dimensión de Identificación con el rol materno: V de Aiken e Intervalos de confianza.

Ítems	Primera aplicación		Segunda aplicación	
	V	IC al 95 %	V	IC al 95 %
Me gusta ver a otros padres e hijos juntos	0.55	0.398-0.693	0.8	0.652-0.895
Siento que criar a mi bebé será gratificante	0.825	0.680-0.913	0.9	0.769-0.960
Espero con ilusión cuidar de mi bebé	0.9	0.769-0.960	0.95	0.835-0.986
Tengo dudas de ser una buena madre	0.9	0.769-0.960	0.9	0.769-0.960
Me gusta tener niños a mi alrededor	0.75	0.598-0.858	0.775	0.625-0.877
Será muy difícil para mí equilibrar el cuidado de mi bebé con otros compromisos y actividades	0.8	0.652-0.895	0.875	0.739-0.945
Creo que no será divertido cuidar a mi bebé	0.825	0.680-0.913	0.9	0.769-0.960
Será difícil para mí darle mucha atención a mi bebé	0.85	0.709-0.929	0.9	0.769-0.960
Pienso que mi bebé será una carga para mí	0.9	0.769-0.960	0.925	0.801-0.974
Pienso en la clase de madre que quiero ser	0.9	0.769-0.960	0.875	0.739-0.945
Me preocupa que el cuidado de mi bebé me deje muy poco tiempo para mí	0.825	0.680-0.913	0.85	0.709-0.929
Me preocupa que yo no le guste a mi bebé	0.65	0.495-0.779	0.85	0.709-0.929
Siento que ya amo a mi bebé	0.9	0.769-0.960	0.9	0.769-0.960
Creo que puedo ser una buena madre	0.9	0.769-0.960	0.9	0.769-0.960
Siento que voy a disfrutar de mi bebé	0.925	0.801-0.974	0.875	0.739-0.945

Nota: V= V de Aiken; IC= Intervalo de confianza

Los reactivos *Me gusta tener niños a mi alrededor* y *Me gusta ver a otros padres e hijos juntos*), en ambas revisiones los jueces expertos indican un bajo nivel de representatividad, debido a que los índices de Aiken obtenidos resultan menores en comparación a los otros reactivos de esta dimensión; asimismo, los valores en los límites inferiores del Intervalos de confianza son .625 y .0652. En tanto, consideramos que .70 es el menor valor aceptado para el límite inferior del Intervalo de confianza (Charter, 2003, citado en Merino, C. y Livia, J., 2009).

En la dimensión referida a la Preparación para el parto la cual aborda aquellas acciones realizadas por la gestante para alcanzar un estado de preparación mental, emocional y física, el cual puede lograrlo tanto a través de acciones concretas y el ensayo imaginario.

Estas acciones de preparación están estrechamente relacionadas con el nivel de confianza en sí misma y la autoestima de la embarazada, su estilo de personalidad, su experiencia pasada en el manejo del estrés y su forma de resolver los conflictos generados durante la maternidad.

Durante la revisión de los expertos consultados se sugiere eliminar dos de los reactivos que conforman esta dimensión (*Espero con ilusión dar a luz* y *Siento que dar a luz es un evento excitante*). En la primera evaluación los valores en la V de Aiken fueron de .575 y .70, del mismo modo sus valores en el límite inferior en un IC al 95% fueron menores a .70. En la segunda revisión tanto las puntuaciones en la V de Aiken como los valores en el límite inferior del IC aumentaron; no lograron alcanzar valores mayores a .70 en el límite inferior del IC. Criterio empleado en la evaluación de cada reactivo de este cuestionario.

Tabla 14

Dimensión de Preparación para el parto: V de Aiken e Intervalos de confianza.

Primera aplicación			Segunda aplicación	
Ítems	V	IC al 95 %	V	IC al 95 %
Pienso que es necesario informarme sobre el parto	0.9	0.769-0.960	0.925	0.801-0.974
Es poco lo que puedo hacer para prepararme para el parto	0.725	0.572-0.839	0.9	0.769-0.960
Sé lo que puedo esperar del parto y del nacimiento	0.775	0.625-0.877	0.925	0.801-0.974
Entiendo cómo trabajar con las contracciones en el parto	0.9	0.769-0.960	0.925	0.801-0.974
Espero con ilusión dar a luz	0.575	0.422-0.715	0.825	0.680-0.913
Me estoy preparando para salir bien en el parto	0.9	0.769-0.960	0.925	0.801-0.974
Me siento preparada para lo que suceda en el parto	0.9	0.769-0.960	0.925	0.801-0.974
Sé algunas cosas que me pueden ayudar en el parto	0.875	0.739-0.945	0.925	0.801-0.974
Estoy bien informada sobre el parto	0.775	0.625-0.877	0.925	0.801-0.974
Siento que dar a luz es un evento excitante	0.7	0.546-0.819	0.775	0.625-0.877

Nota: V= V de Aiken; IC= Intervalo de confianza

En la dimensión sobre el Miedo y pérdida de control durante el parto se enfatiza en el control del cuerpo y las emociones de una mujer. La mayoría de los ítems que evalúan este tópico, según la última revisión de los consultantes, muestran un adecuado nivel de representatividad. Los índices de Aiken son mayores a .80 y los límites inferiores en un Intervalo de confianza al 95% son mayor a 0.70, tal como lo sugiere los autores (Penfield & Giacobbi, 2004).

Solo un reactivo (*Tengo confianza en mí habilidad para mantener la calma durante el parto*), luego de ambas revisiones, no muestra representatividad con el constructo. El índice de Aiken en las evaluaciones por los expertos fue de .75 y .80; en tanto el mayor valor obtenido en los Intervalos de confianza fue de .652.

Tabla 15

Dimensión de Miedo y pérdida de control: V de Aiken e Intervalos de confianza.

Primera aplicación			Segunda aplicación	
Ítems	V	IC al 95 %	V	IC al 95 %
Puedo soportar bien el dolor durante el parto	0.7	0.546-0.819	0.9	0.769-0.960
Me manejo bien durante el estrés	0.75	0.598-0.858	0.875	0.739-0.945
Tengo confianza en mí habilidad para mantener la calma durante el parto	0.75	0.598-0.858	0.8	0.652-0.895
El saber que el parto tiene que terminar me ayudará a mantener el control	0.7	0.546-0.819	0.9	0.769-0.960
Pienso que los doctores y las enfermeras serán indiferentes a mis preocupaciones durante el parto.	0.85	0.709-0.929	0.925	0.801-0.974
Estoy segura que no podré controlarme durante el parto	0.775	0.625-0.877	0.9	0.769-0.960
Cuando llegue el momento del parto, seré capaz de pujar aunque sea doloroso	0.9	0.769-0.960	0.925	0.801-0.974
Siento que el estrés del parto será demasiado para mí	0.875	0.739-0.945	0.9	0.769-0.960
Pienso que puedo soportar la incomodidad del parto	0.75	0.598-0.858	0.9	0.769-0.960
Si pierdo el control, durante el parto, será difícil recuperarlo	0.825	0.680-0.913	0.875	0.739-0.945

Nota: V= V de Aiken; IC= Intervalo de confianza

Siguiendo el análisis de contenido de las dimensiones del Cuestionario de de autoevaluación prenatal, apreciamos que en la dimensión sobre la Relación con la madre dos de los reactivos correspondientes a esta área pudieran ser eliminados. La evaluación de esta relación es importante en la medida que de ser positiva predice una exitosa adaptación al embarazo.

En ambos procesos de evaluación por los expertos, los ítems *Mi madre ofrece sugerencias útiles* y *Es fácil hablar con mi madre de mis problemas* mostraron poca representatividad en comparación con los demás reactivos de esta dimensión. En cuanto a los valores del índice de Aiken, estos fueron .8 y .825; aunque estas puntuaciones son

elevadas sobre el acuerdo entre los jueces, los valores obtenidos en el límite inferior del Intervalo de confianza no fueron superiores a .70 según lo sugerido

Tabla 16

Dimensión de Relación con la madre: V de Aiken e Intervalos de confianza.

Ítems	Primera aplicación		Segunda aplicación	
	V	IC al 95 %	V	IC al 95 %
Mi madre muestra interés por mi bebé que está por nacer	0.875	0.739-0.945	0.925	0.801-0.974
Mi madre ofrece sugerencias útiles	0.8	0.652-0.895	0.8	0.652-0.895
Mi madre está feliz de mi embarazo	0.9	0.769-0.960	0.925	0.801-0.974
Es fácil hablar con mi madre de mis problemas	0.825	0.680-0.913	0.825	0.680-0.913
Mi madre espera con ilusión a su nieto	0.9	0.769-0.960	0.9	0.769-0.960
En estos momentos, me siento bien cuando estoy con mi madre	0.875	0.739-0.945	0.9	0.769-0.960
Durante este embarazo, mi madre y yo discutimos cuando estamos juntas	0.525	0.375-0.671	0.875	0.739-0.945
Durante este embarazo, mi madre me da seguridad cuando tengo dudas de mí misma	0.575	0.422-0.715	0.9	0.769-0.960
Durante este embarazo, mi madre me anima a hacer las cosas a mi manera	0.8	0.652-0.895	0.875	0.739-0.945
Durante este embarazo, mi madre critica mis decisiones	0.8	0.652-0.895	0.925	0.801-0.974

Nota: V= V de Aiken; IC= Intervalo de confianza

Por último, en la dimensión sobre la Relación con la pareja, en la cual se reconoce su contribución al bienestar materno y al cuidado prenatal, todos sus reactivos fueron evaluados favorablemente por los jueces consultantes. En la primera evaluación, solo el ítem *Pienso que mi esposo/compañero diría que hemos hecho un ajuste sexual satisfactorio durante este embarazo* obtuvo un valor de .825 en el índice de Aiken y el límite inferior en el IC al 95% fue de .680. Como se describe, este ítem alcanzó un valor menor al esperado.

Luego de la reformulación, este ítem quedó redactado de esta manera *Pienso que mi pareja diría que se siente satisfecho con el ajuste sexual que hemos hecho durante este embarazo* obteniendo mayores valores tanto en el índice de Aiken y en el Intervalo de confianza. El puntaje de la V de Aiken fue de .875 y el Intervalo de confianza al 95% fue de .739- .945.

Tabla 17

Dimensión de Relación con la pareja: V de Aiken e Intervalos de confianza.

Ítems	Primera aplicación		Segunda aplicación	
	V	IC al 95 %	V	IC al 95 %
Mi pareja ha sido crítico conmigo durante el embarazo	0.85	0.709-0.929	0.9	0.769-0.960
Mi pareja y yo conversamos del bebé que va a nacer	0.925	0.801-0.974	0.9	0.769-0.960
Mi pareja me entiende (me calma) cuando me molesto	0.9	0.769-0.960	0.925	0.801-0.974
Mi pareja está interesado en conversar conmigo del embarazo	0.9	0.769-0.960	0.9	0.769-0.960
Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito	0.85	0.709-0.929	0.925	0.801-0.974
Mi pareja está dispuesto a conversar sobre los cambios en nuestra vida sexual durante este embarazo	0.85	0.709-0.929	0.925	0.801-0.974
Puedo contar con el apoyo de mi pareja en el parto	0.9	0.769-0.960	0.925	0.801-0.974
Mi pareja siente que le abrume con mis sentimientos	0.875	0.739-0.945	0.9	0.769-0.960
Pienso que mi pareja diría que se siente satisfecho con el ajuste sexual que hemos hecho durante este embarazo	0.825	0.680-0.913	0.875	0.739-0.945
Cuento con mi pareja para compartir el cuidado del bebé.	0.875	0.739-0.945	0.925	0.801-0.974

Nota: V= V de Aiken; IC= Intervalo de confianza

En la tabla 18 se aprecian los ítems que según el proceso de validación de contenido del cuestionario presentan un valor menor a .70 en el límite inferior del IC al 95%. Por sugerencia de los autores consultados (Penfield & Giacobbi, 2004) estos ítems tendrían que ser eliminados del cuestionario por poseer escasa representatividad a su dimensión; no obstante, serán incluidos en el análisis de validez de constructo del instrumento de medición, a través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio, a fin de encontrar mayor evidencia de su poca contribución a cada una de las dimensiones a las que pertenecen.

Tabla 18

Ítems observados en la validación de contenido del instrumento

Dimensión del cuestionario	Ítems observados
Preocupación por el bienestar de uno mismo y del bebé	1. Temo ser lastimada durante el parto
Aceptación del embarazo	1. Tengo problema para adaptarme a este embarazo 2. Este embarazo es gratificante
Identificación al rol materno	1. Me gusta tener niños a mi alrededor 2. Me gusta ver a otros padres e hijos juntos)
Preparación para el parto	1. Espero con ilusión dar a luz 2. Siento que dar a luz es un evento excitante
Miedo y pérdida de control durante el parto	1. Tengo confianza en mí habilidad para mantener la calma durante el parto
Relación con la madre	1. Mi madre ofrece sugerencias útiles 2. Es fácil hablar con mi madre de mis problemas

Evidencias de validez basadas en el constructo

Para obtener evidencias de validez interna se inició con el análisis factorial exploratorio del instrumento, se utilizó el programa FACTOR en su versión 10.8.02 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2007). El objetivo es explorar la estructura interna del cuestionario; es decir, su dimensionalidad (Elosua, 2003).

Preliminarmente se analizaron los estadísticos descriptivos y los puntajes extremos además de descartar la existencia de multicolinealidad entre los ítems. En cuanto a la media de los ítems analizados, se aprecia su valor máximo en los ítems 45 y 51 ($M = 3.13$; $IC\ 95\% = 3.01 - 3.24$) y su menor valor en el ítem 22 ($M = 2.14$; $IC\ 95\% = 2.03 - 2.24$). En ambos casos lo acompaña los valores de sus Intervalos de confianza al 95%.

El análisis de los coeficientes de asimetría y curtosis (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005), para conocer la existencia de normalidad univariante, resultaron adecuados dentro del rango ± 2 (Muthén y Kaplan, 1985; Bandalos y Finney, 2010). Ninguno de los ítems se encuentra por encima de este rango.

Tabla 19

Estadísticos descriptivos del Cuestionario de autoevaluación prenatal (N= 790)

Ítem	M	IC 95%	DE	Asimetría	Curtosis	r_{ITC}
1	2.51	2.43 - 2.60	0.943	.078	-.901	0.103
2	2.76	2.66 - 2.87	1.113	-.277	-1.314	0.175
3	2.80	2.69 - 2.91	1.227	-.384	-1.474	0.593
4	2.78	2.66 - 2.91	1.325	-.396	-1.634	0.688
5	2.57	2.48 - 2.66	1.019	-.016	-1.125	0.418
6	2.68	2.56 - 2.80	1.317	-.240	-1.701	0.620
7	2.72	2.61 - 2.82	1.169	-.290	-1.402	0.097
8	2.37	2.27 - 2.47	1.116	.077	-1.373	0.245
9	2.61	2.52 - 2.69	0.978	-.088	-1.000	0.407
10	2.84	2.71 - 2.97	1.398	-.469	-1.696	0.736
11	2.49	2.41 - 2.58	0.950	-.070	-.917	0.030
12	2.47	2.39 - 2.55	0.870	.128	-.656	0.167

13	2.71	2.59 - 2.82	1.256	-.273	-1.584	0.633
14	2.69	2.57 - 2.81	1.316	-.253	-1.694	0.688
15	2.53	2.43 - 2.62	1.031	-.113	-1.135	0.131
16	2.48	2.39 - 2.57	0.960	-.135	-.958	0.188
17	2.70	2.61 - 2.80	1.043	-.288	-1.094	0.080
18	2.67	2.56 - 2.77	1.130	-.204	-1.355	0.559
19	2.62	2.52 - 2.72	1.073	-.144	-1.235	0.567
20	2.71	2.59 - 2.83	1.326	-.289	-1.696	0.678
21	2.60	2.50 - 2.71	1.191	-.119	-1.508	0.575
22	2.14	2.03 - 2.24	1.140	.423	-1.294	0.262
23	2.73	2.62 - 2.84	1.213	-.302	-1.487	0.709
24	2.55	2.46 - 2.63	0.967	-.137	-.948	0.159
25	2.49	2.40 - 2.59	1.022	.010	-1.119	0.288
26	2.58	2.49 - 2.66	0.928	-.199	-.806	0.127
27	2.66	2.54 - 2.78	1.306	-.212	-1.694	0.608
28	2.63	2.51 - 2.74	1.263	-.167	-1.633	0.683
29	2.18	2.09 2.27	1.037	.264	-1.194	0.206
30	2.81	2.69 2.93	1.321	-.430	-1.606	0.740
31	2.90	2.78 3.01	1.252	-.559	-1.379	0.049
32	2.71	2.60 2.81	1.166	-.257	-1.414	0.642
33	2.75	2.66 2.84	1.007	-.355	-.947	0.044
34	2.98	2.87 3.09	1.185	-.690	-1.108	-0.025
35	2.62	2.51 2.73	1.210	-.153	-1.538	0.523
36	2.34	2.24 2.43	1.055	.055	-1.264	0.266
37	3.00	2.89 - 3.11	1.203	-.709	-1.129	0.057
38	2.98	2.87 - 3.08	1.172	-.663	-1.119	0.029
39	2.59	2.50 - 2.69	1.041	-.061	-1.177	0.491
40	2.66	2.55 - 2.77	1.231	-.194	-1.569	0.633
41	2.63	2.52 - 2.75	1.264	-.182	-1.629	0.592
42	2.58	2.46 - 2.69	1.218	-.103	-1.563	0.595
43	2.25	2.14 - 2.36	1.204	.261	-1.511	0.244
44	2.46	2.36 - 2.55	1.040	.078	-1.162	0.082
45	3.13	3.01 - 3.24	1.285	-.934	-.995	-0.086
46	2.55	2.45 - 2.64	1.028	-.035	-1.137	0.393
47	2.66	2.57 - 2.74	0.955	-.248	-.858	0.094
48	2.51	2.41 - 2.61	1.123	-.022	-1.371	0.455
49	2.66	2.54 - 2.78	1.333	-.213	-1.738	0.625
50	2.46	2.37 - 2.55	1.031	-.093	-1.163	0.199
51	3.13	3.01 - 3.24	1.275	-.940	-.964	-0.038
52	2.61	2.49 - 2.72	1.251	-.133	-1.620	0.624
53	2.64	2.55 - 2.74	1.038	-.146	-1.151	0.522
54	2.57	2.47 - 2.66	1.029	-.013	-1.152	0.493

55	2.98	2.88 - 3.09	1.140	-.675	-1.029	0.022
56	2.83	2.73 - 2.93	1.111	-.476	-1.135	0.058
57	2.53	2.43 - 2.63	1.136	-.018	-1.402	0.485
58	3.01	2.90 - 3.12	1.195	-.749	-1.054	0.011
59	2.93	2.83 - 3.03	1.096	-.612	-.974	0.039
60	3.11	3.00 - 3.23	1.243	-.913	-.941	-0.025
61	2.97	2.86 - 3.08	1.202	-.672	-1.165	0.052
62	2.71	2.62 - 2.81	1.015	-.300	-1.009	0.147
63	2.49	2.40 - 2.59	1.063	.017	-1.226	0.196
64	2.80	2.70 - 2.90	1.093	-.419	-1.138	0.027
65	2.81	2.69 - 2.94	1.415	-.430	-1.750	0.661
66	2.69	2.57 - 2.81	1.344	-.242	-1.746	0.707
67	2.84	2.72 - 2.96	1.352	-.467	-1.630	0.754
68	2.77	2.65 - 2.89	1.293	-.375	-1.593	0.719
69	2.78	2.65 - 2.90	1.376	-.380	-1.724	0.719
70	2.80	2.71 - 2.90	1.061	-.406	-1.073	0.042
71	2.79	2.68 - 2.90	1.180	-.392	-1.367	0.573
72	2.78	2.66 - 2.91	1.351	-.391	-1.679	0.709
73	2.66	2.56 - 2.77	1.154	-.181	-1.420	0.549
74	2.80	2.68 - 2.92	1.319	-.419	-1.608	0.746
75	2.56	2.45 - 2.66	1.106	-.093	-1.322	0.315
76	2.61	2.51 - 2.70	1.049	-.114	-1.183	0.580
77	2.58	2.47 - 2.69	1.187	-.114	-1.497	0.529
78	2.58	2.47 - 2.69	1.176	-.086	-1.482	0.398
79	2.35	2.26 - 2.45	1.059	.029	-1.273	0.242

Nota: M= Media, IC= Intervalo de confianza, DE= Desviación estándar, r_{ITC} = correlación ítem-escala corregida

Igualmente, se analizó la multicolinealidad entre los ítems a fin de estimar la existencia de variables altamente correlacionadas o redundantes (correlaciones inter-ítem de $\geq .90$, Tabachnich & Fidell, 2001). Se encontró un caso de multicolinealidad, los resultados observados indican una correlación de .906 entre el ítem *Estoy feliz con este embarazo y Espero con ilusión cuidar de mi bebé*.

Con el propósito de determinar la homogeneidad del instrumento se estimó la correlación ítem-test corregida. Los coeficientes obtenidos se ubican entre -.086 y .754. Los ítems 34 (*Durante este embarazo, mi madre y yo discutimos cuando estamos juntas*), 45

(“Pienso que mi bebé será una carga para mí”), 51 (“Desearía no tener a mi bebé ahora”) y 60 (Me molesta estar embarazada en este momento) muestran una correlación negativa, se obtienen valores de -.025, -.086, -.038 y -.025 respectivamente. Siguiendo la propuesta de Kline, P. (1986) se encuentran 30 ítems cuyos valores de correlación respecto al cuestionario son menores de .20. Todos estos ítems evidencian poca capacidad discriminante y un menor aporte al valor total del instrumento.

Tabla 20

Coeficientes de correlación ítem-test corregida < .20

Ítems	r
Creo que el parto y el nacimiento de mi bebé no tendrán complicaciones.	0.103
Este es un buen momento para estar embarazada.	0.175
Mi pareja ha sido crítico conmigo durante el embarazo.	0.097
Es poco lo que puedo hacer para prepararme para el parto.	0.030
Me manejo bien durante el estrés.	0.167
Últimamente pienso en lo peor cuando tengo dolor.	0.131
Es difícil para mí acostumbrarme a los cambios que trae mi embarazo.	0.188
Tengo dudas de ser una buena madre.	0.080
Será muy difícil para mí equilibrar el cuidado de mi bebé con otros compromisos y actividades.	0.159
Pienso que los doctores y las enfermeras serán indiferentes a mis preocupaciones durante el parto.	0.127
Creo que no será divertido cuidar a mi bebé.	0.049
Estoy segura que no podré controlarme durante el parto.	0.044
Durante este embarazo, mi madre y yo discutimos cuando estamos juntas.	-0.025
Es difícil para mí aceptar este embarazo.	0.057
Será difícil para mí darle mucha atención a mi bebé.	0.029
Este ha sido un embarazo fácil hasta ahora.	0.082
Pienso que mi bebé será una carga para mí.	-0.086
Siento que el estrés del parto será demasiado para mí.	0.094
Pienso en todas las cosas terribles que podrían suceder en el parto.	0.199

Desearía no tener a mi bebé ahora.	-0.038
Durante este embarazo, mi madre critica mis decisiones.	0.022
Mi pareja siente que le abrumo con mis sentimientos.	0.058
Este embarazo es frustrante para mí.	0.011
Me preocupa que el cuidado de mi bebé me deje muy poco tiempo para mí.	0.039
Me molesta estar embarazada en este momento.	-0.025
Me preocupa que yo no le guste a mi bebé.	0.052
Si pierdo el control, durante el parto, será difícil recuperarlo.	0.147
Pienso que mi pareja diría que se siente satisfecho con el ajuste sexual que hemos hecho durante este embarazo.	0.196
Encuentro muchas cosas desagradables en este embarazo.	0.027
Tengo problema para adaptarme a este embarazo	0.042

Nota: $r =$ correlación ítems- total corregido

En cuanto a la pertinencia del análisis factorial de los datos, el AFE mostró que la matriz de la determinante fue de 0.00; asimismo, la prueba de adecuación muestral mediante del coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indicó un valor de 0.97, considerado como muy alto (Kaiser, 1974). Además, la prueba de esfericidad de Bartlett (Bartlett, 1950) fue significativa ($\chi^2=49430.3$; $gl=3081$; $p<0,001$); los resultados obtenidos indican la posibilidad de realizar un análisis factorial (Kaplan & Saccuzzo, 2006).

Se utilizaron matrices policóricas/tetracóricas en el análisis factorial debido a que los ítems están en un nivel de medición ordinal (Dominguez-Lara, 2014)

Tabla 21

Estadísticos de adecuación de los datos para ser sometidos AFE

KMO y Prueba de esfericidad de Bartlett		
Medida de adecuación Kaiser-Meyer-Olkin		.97
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi cuadrado	49430.3
	gl	3081
	<i>p</i>	<0,001

En cuanto al número de factores a retener, se aprecia que cada criterio expuesto en la tabla 22 ofrece un número distinto de factores para el cuestionario, no existe consenso. Sin embargo, el aporte del Análisis paralelo y el gráfico de sedimentación se aproximan más a la propuesta teórica.

Tabla 22

Criterios para decidir del número de factores a extraer en el Cuestionario de autoevaluación prenatal- PSQ

Criterio	Numero de factores	Comentario
Kaiser	11	El décimo segundo valor es menor a 1.
Scree test	6	La visualización de autovalores en la pendiente sugiere retenerse 6 factores, punto en el cual la línea se torne recta.
Análisis paralelo	6	Basado en la propuesta de Timmerman, M. E. & Lorenzo-Seva, U. (2011) la estructura subyacente al cuestionario sería de seis factores.
Criterio teórico	7	Para Lederman & Weis (2009) la adaptación psicosocial al embarazo está constituida por 7 factores.

Con el propósito de contar con mayor evidencia para decidir el número de factores a extraer del cuestionario se decidió elaborar una matriz eliminando los 30 ítems (tabla 20) con un valor menor a .20 (Kline, 1986); es decir, esta nueva matriz y los resultados que a continuación se presentan contienen 49 reactivos.

Es importante mencionar que los ítems que no fueron considerados en los siguientes análisis factoriales exploratorios correspondían a cada una de las siete dimensiones del cuestionario.

Con el fin de obtener mayor información sobre la estructura factorial del cuestionario se realizó AFE con los 49 ítems resultantes, igualmente se utilizaron matrices

policóricas/tetracóricas ya que los ítems están en un nivel de medición ordinal; además del método de Implementación óptima de análisis paralelos (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011) y rotación Promin (Lorenzo-Seva, 1999).

Antes de este análisis, se calculó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett para conocer la pertinencia del análisis. El índice KMO mostró un valor de 0.97 y el test de Bartlett resultó estadísticamente significativo ($\chi^2 = 34415.7$; $gl = 1176$; $p < 0.001$), lo que llevó a concluir que la aplicación del análisis factorial resultaba oportuno. La estructura dimensional que sugiere el análisis hipotetizado resultante del AFE está conformada por cuatro factores. Las dimensiones están compuestas por 6, 21, 8 y 14 ítems respectivamente.

Tabla 23

Estructura factorial resultante del AFE sobre los 49 ítems agrupados en 4 factores

Ítems	F1	F2	F3	F4
8. Me preocupa que mi bebé pueda tener anomalías.	0.634			
22. Me preocupo por los problemas que mi bebé podría tener al nacer.	0.733			
29. Estoy nerviosa por las complicaciones que ocurran en el parto.	0.718			
36. Me preocupa que algo salga mal durante el parto.	0.840			
43. Me preocupa perder a mi bebé en el parto.	0.767			
79. Temo ser lastimada durante el parto	0.559			
3. Siento que criar a mi bebé será gratificante.		0.418		
4. Pienso que es necesario informarme sobre el parto.		0.610		
10. Espero con ilusión cuidar de mi bebé.		0.692		
14. Mi pareja y yo conversamos del bebé que va a nacer.		1.070		
21. Mi pareja me entiende (me calma) cuando me molesto.		0.991		
23. Disfruto este embarazo.		0.547		
28. Mi pareja está interesado en conversar conmigo del embarazo.		1.091		
30. Estoy contenta de estar embarazada.		0.630		
35. Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito.		0.982		
42. Mi pareja está dispuesto a conversar sobre los cambios en nuestra vida sexual durante este embarazo.		0.918		
49. Puedo contar con el apoyo de mi pareja en el parto.		1.031		
52. Pienso en la clase de madre que quiero ser.		0.489		
65. Siento que ya amo a mi bebé.		0.592		
66. Cuento con mi pareja para compartir el cuidado del bebé.		1.112		
67. Estoy feliz con este embarazo.		0.676		
68. Creo que puedo ser una buena madre.		0.619		
69. Siento que voy a disfrutar de mi bebé.		0.648		
71. Este embarazo es gratificante		0.345		
72. Me gusta ver a otros padres e hijos juntos		0.691		

73. Me gusta tener niños a mi alrededor	0.493			
74. Espero con ilusión dar a luz	0.652			
6. Mi madre muestra interés por mi bebé que está por nacer.		0.812		
13. Mi madre está feliz de mi embarazo.		0.760		
20. Mi madre espera con ilusión a su nieto.		0.836		
27. En estos momentos, me siento bien cuando estoy con mi madre.		0.810		
41. Durante este embarazo, mi madre me da seguridad cuando tengo dudas de mí misma.		0.918		
48. Durante este embarazo, mi madre me anima a hacer las cosas a mi manera.		0.796		
77. Mi madre ofrece sugerencias útiles		0.881		
78. Es fácil hablar con mi madre de mis problemas		0.837		
5. Puedo soportar bien el dolor durante el parto.			0.598	
9. Puedo tolerar las incomodidades que siento en el embarazo.			0.472	
18. Estoy informada de lo que me espera en el parto.			0.711	
19. Saber que el parto tiene que terminar me ayudará a mantener el control.			0.498	
25. Entiendo cómo trabajar con las contracciones en el parto.			0.858	
32. Me estoy preparando para salir bien en el parto.			0.531	
39. Me siento preparada para lo que suceda en el parto.			0.770	
40. Cuando llegue el momento del parto, seré capaz de pujar aunque sea doloroso.			0.458	
46. Sé algunas cosas que me pueden ayudar en el parto.			0.723	
53. Estoy bien informada sobre el parto.			0.809	
54. Pienso que puedo soportar la incomodidad del parto.			0.773	
57. Tengo confianza de tener un parto normal.			0.492	
75. Siento que dar a luz es un evento excitante			0.415	
76. Tengo confianza en mi habilidad para mantener la calma durante el parto			0.701	
% Varianza explicada	44.3%	6.8%	5.5%	5%

La agrupación que ofrece el AFE de cuatro factores presenta algunos aspectos a considerar, se aprecia que el factor 2 reúne ítems correspondientes a las dimensiones de *aceptación al embarazo, identificación con el rol materno y calidad de la relación con la pareja*. Lo cual teóricamente sugiere diferenciación entre ellos. Por ello, se decidió realizar un nuevo análisis factorial exploratorio contemplando 5 factores a fin de obtener una mejor distribución de los ítems.

Tabla 24

Estructura factorial resultante del AFE sobre los 49 ítems agrupados en 5 factores

Ítems	F1	F2	F3	F4	F5
6. Mi madre muestra interés por mi bebé que está por nacer.	0.763				
13. Mi madre está feliz de mi embarazo.	0.730				
20. Mi madre espera con ilusión a su nieto.	0.791				
27. En estos momentos, me siento bien cuando estoy con mi madre.	0.756				
41. Durante este embarazo, mi madre me da seguridad cuando tengo dudas de mí misma.	0.911				
48. Durante este embarazo, mi madre me anima a hacer las cosas a mi manera.	0.856				
77. Mi madre ofrece sugerencias útiles	0.869				
78. Es fácil hablar con mi madre de mis problemas	0.849				
5. Puedo soportar bien el dolor durante el parto.		0.499			
18. Estoy informada de lo que me espera en el parto.		0.602			
19. Saber que el parto tiene que terminar me ayudará a mantener el control.		0.387			
25. Entiendo cómo trabajar con las contracciones en el parto.		0.810			
32. Me estoy preparando para salir bien en el parto.		0.414			
39. Me siento preparada para lo que suceda en el parto.		0.713			
46. Sé algunas cosas que me pueden ayudar en el parto.		0.668			
53. Estoy bien informada sobre el parto.		0.732			
54. Pienso que puedo soportar la incomodidad del parto.		0.677			
57. Tengo confianza de tener un parto normal.		0.435			
75. Siento que dar a luz es un evento excitante		0.345			
76. Tengo confianza en mi habilidad para mantener la calma durante el parto		0.609			
3. Siento que criar a mi bebé será gratificante.			0.761		
4. Pienso que es necesario informarme sobre el parto.			0.930		
9. Puedo tolerar las incomodidades que siento en el embarazo.			0.434		
10. Espero con ilusión cuidar de mi bebé.			0.996		
23. Disfruto este embarazo.			0.728		
30. Estoy contenta de estar embarazada.			0.895		
40. Cuando llegue el momento del parto, seré capaz de pujar			0.457		

aunque sea doloroso.					
52. Pienso en la clase de madre que quiero ser.	0.666				
65. Siento que ya amo a mi bebé.	0.878				
67. Estoy feliz con este embarazo.	0.971				
68. Creo que puedo ser una buena madre.	0.828				
69. Siento que voy a disfrutar de mi bebé.	0.906				
71. Este embarazo es gratificante	0.678				
72. Me gusta ver a otros padres e hijos juntos	0.941				
73. Me gusta tener niños a mi alrededor	0.582				
74. Espero con ilusión dar a luz	0.916				
8. Me preocupa que mi bebé pueda tener anomalías.	0.611				
22. Me preocupo por los problemas que mi bebé podría tener al nacer.	0.722				
29. Estoy nerviosa por las complicaciones que ocurran en el parto.	0.707				
36. Me preocupa que algo salga mal durante el parto.	0.837				
43. Me preocupa perder a mi bebé en el parto.	0.753				
79. Temo ser lastimada durante el parto	0.546				
14. Mi pareja y yo conversamos del bebé que va a nacer.	0.797				
21. Mi pareja me entiende (me calma) cuando me molesto.	0.853				
28. Mi pareja está interesado en conversar conmigo del embarazo.	0.853				
35. Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito.	0.987				
42. Mi pareja está dispuesto a conversar sobre los cambios en nuestra vida sexual durante este embarazo.	0.901				
49. Puedo contar con el apoyo de mi pareja en el parto.	0.813				
66. Cuento con mi pareja para compartir el cuidado del bebé.	0.760				
% Varianza explicada	44.3%	6.8%	5.5%	5%	3.7%

Esta última extracción de los ítems y su agrupación en cinco factores impresiona una mejor organización en cuanto a la estructura del cuestionario. Los ítems que corresponden a las dimensiones *Aceptación al embarazo e Identificación al rol materno* se agruparon en un factor; además las dimensiones *Preparación al parto y Miedo al dolor y a la pérdida de*

control durante el parto también se reunieron en un solo factor. Las tres dimensiones restantes mantuvieron en su estructura.

Por último, respecto al análisis factorial exploratorio desarrollado hasta el momento, cada una de estas propuestas respecto al número de factores y los ítems que conforman cada una de ellas se elaboró modelos para someter sus bondades de ajuste a través del análisis factorial confirmatorio.

Por otro lado, para obtener mayor evidencia sobre la validez interna del cuestionario se calcularon los índices de ajuste con el propósito de comparar los modelos.

Este análisis de ajuste de los modelos se realizó a través del método de máxima verosimilitud. Para estimar las bondades de ajuste se revisaron seis indicadores, obteniéndose valores para los índices de ajuste absoluto como el estadístico ji cuadrado (χ^2), la razón entre χ^2 y el número de grados de libertad (χ^2/gf), los índices SRMR y RMSEA. El índice de ajuste incremental CFI; además se adjuntó el índice de ajuste de parsimonia de Aiken (AIC) de acuerdo con el aporte de Byrne (2001).

El modelo de cinco factores mostró mejores valores en los índices estimados en comparación con los tres primeros modelos de comparación. El modelo compuesto por 49 ítems mostró mejores bondades de ajuste. Respecto a la razón entre χ^2 y el número de grados de libertad (χ^2/gf) se obtuvo un valor de 3.324, según Tabachnick & Fidell (2007) este valor debería ser menor a 2; sin embargo, los modelos en comparación ofrecen valores superiores al modelo de cinco factores. Hu & Bentler (1999) respecto al Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) sugieren un valor inferior a .08 el cual cumple el modelo en análisis (SRMR= .0554). El RMSEA exhibió un valor por debajo del criterio de 0.06. (Hu & Bentler, 1999). con un intervalo de confianza al 95% (.052- .056). Valor que ninguno de los demás modelos obtuvo. Además, el valor del índice de ajuste incremental CFI se encuentra próximo a lo sugerido por Hu & Bentler (1999); un valor mayor a .95 (CFI= .924). Por último, el índice de ajuste de parsimonia de Aiken se exhibe un valor de menor a los encontrados en los otros modelos analizados (AIC= 3928.856).

Tabla 25

Índice de ajuste estadístico del Cuestionario de autoevaluación prenatal (N= 790) sin eliminación de ítems.

Modelos	χ^2	χ^2/ gl	SRMR	CFI	AIC	RMSEA
Modelo original del PSQ- relacionando dimensiones	18765.900	6.295		.672	19123.900	.082 [.081- .083]
Modelo original del PSQ- Bifactor	11418.006	3.906		.823	11892.006	.061 [.060- .062]
Modelo de 4 factores	6065.264	5.411	.0629	.855	6273.264	.075 [.073- .077]
Modelo de 5 factores	3712.856	3.324	.0554	.924	3928.856	.054 [.052- .056]

Nota: χ^2 = Chi cuadrado, gl= grados de libertad, SRMR= raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA= error cuadrático medio de aproximación, CFI= índice de ajuste comparativo, AIC= criterio de Akaiken, IC= intervalos de confianza

Es importante resaltar que a pesar de que el modelo de cinco factores presentó mejores bondades de ajuste, dos de los indicadores analizados no cumplieron con los requerimientos del análisis factorial confirmatorio, la razón entre χ^2 y el número de grados de libertad ($\chi^2/\text{gl} < 2$) y el CFI ($\geq .95$).

Por ello, se decidió iniciar el proceso de eliminación de ítems, partiendo de las sugerencias de los Índices de modificación ofrecidos por el programa AMOS, para mejorar el modelo identificado. La tabla 26 ofrece información sobre este proceso cuyo objetivo es obtener un modelo que cumpla con todos los criterios sugeridos por los autores en los seis indicadores estudiados.

Como señalamos en el párrafo anterior, el siguiente análisis se encuentra encaminado a obtener el modelo con mejores bondades de ajuste; para tal propósito se eliminó consecutivamente los ítems siguiendo de las sugerencias brindadas por el Índice de modificación del programa, obteniendo en cada calculo mejores valores sobre los indicadores de ajuste. Este proceso llevó a la eliminación de 19 ítems, el modelo resultante conformado por 30 ítems ofrece los mejores valores.

Al realizar el análisis factorial confirmatorio (AFC) se comprobó el supuesto de normalidad multivariada mediante el coeficiente de Mardia (1970), se obtuvo un valor de 45.35 el cual es inferior a 70 (Rodríguez & Ruiz, 2008).

En cuanto a la razón entre χ^2 y el número de grados de libertad (χ^2/gl) se obtuvo un valor de 1.994, el cual se ubica por debajo de 2, sugerido por Tabachnick & Fidell (2007). Se obtuvo un SRMR= .0383 el cual ofrece un valor menor a .08 recomendado por Hu & Bentler (1999). El RMSEA exhibió un valor de 0.35 con un intervalo de confianza al 95% (.032- .039), al respecto Hu & Bentler (1999) sugieren valores menores a .06. El resultado de este indicador cumple con dicha recomendación. Asimismo, se obtuvo un índice de ajuste incremental CFI= .979 el cual es mayor al valor sugerido por Hu & Bentler (1999). Por último, el índice de ajuste de parsimonia de Aiken se exhibe un valor inferior a los otros modelos analizados (AIC= 927.753).

Como puede apreciarse el modelo final de 30 ítems cumple con todos los requerimientos de los indicadores más relevantes para este análisis factorial confirmatorio. Además, es importante mencionar que este modelo no contiene errores correlacionados en su estructura. Al respecto, el cuestionario resultante estaría compuesto por 5 factores los cuales comprenderían las siguientes dimensiones: las dimensiones Aceptación al embarazo se incluiría en la dimensión *Identificación con el rol materno*; igualmente la dimensión Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto quedaría incluida en la dimensión *Preparación para el parto*. Las dimensiones restantes se mantendrían en la estructura final del instrumento: *calidad de la relación con la madre*, *calidad de la relación con la pareja* y *preocupación por el bienestar propio y del bebé*. Las dimensiones agrupadas presentan características orientadas a un mismo aspecto de medición.

La estructura resultante del cuestionario de autoevaluación prenatal mantiene la idea original de la autora del instrumento, reuniendo dimensiones que miden aspectos diferentes, pero interrelacionados, de la adaptación psicosocial del embarazo.

Tabla 26

Índice de ajuste estadístico del Cuestionario de autoevaluación prenatal compuesta por 49 ítems (N= 790)

Modelos	χ^2	χ^2/ gl	SRMR	CFI	AIC	RMSEA
Modelo de 5 factores	3712.856	3.324	.0554	.924	3928.856	.054 [.052- .056]
Modelo de 5 factores con errores correlacionados sin eliminar ítems	2153.930	1.991	.0406	.968	2439.930	.035 [.033- .038]
Modelo de 5 factores - ítem 10	2067.559	1.990	.0403	.968	2341.559	.035 [.033- .038]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9	1979.015	1.989	.0400	.969	2245.015	.035 [.033- .038]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4	1891.181	1.987	.0398	.969	2149.181	.035 [.033- .038]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23	1789.886	1.967	.0400	.970	2039.886	.035 [.033- .037]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40	1679.475	1.933	.0396	.972	1921.475	.034 [.032- .037]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52	1599.451	1.929	.0397	.973	1833.451	.034 [.032- .037]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71	1539.129	1.948	.0399	.973	1765.129	.035 [.032- .037]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13	1475.452	1.962	.0403	.972	1693.452	.035 [.032- .038]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78	1418.053	1.981	.0399	.973	1626.053	.035 [.033- .038]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78, 48	1345.718	1.979	.0395	.973	1545.718	.035 [.032- .038]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78, 48, 53	1292.130	2.003	.0392	.974	1484.130	.036 [.033- .038]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52,	1232.727	2.018	.0392	.974	1416.727	.036 [.033- .039]

71, 13, 78, 48, 53, 75						
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78, 48, 53, 75, 66	1167.858	2.021	.0390	.974	1343.858	.036 [.033- .039]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78, 48, 53, 75, 66, 25	1091.140	2.002	.0375	.976	1261.140	.036 [.033- .039]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78, 48, 53, 75, 66, 25, 32	1034.521	2.017	.0376	.976	1198.521	.036 [.033- .039]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78, 48, 53, 75, 66, 25, 32, 35	969.532	2.011	.0380	.977	1127.532	.036 [.033- .039]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78, 48, 53, 75, 66, 25, 32, 35, 42	900.041	1.991	.0382	.978	1052.041	.035 [.032- .039]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78, 48, 53, 75, 66, 25, 32, 35, 42, 73	835.934	1.976	.0384	.979	981.934	.035 [.032- .039]
Modelo de 5 factores - ítem 10, 9, 4, 23,40, 52, 71, 13, 78, 48, 53, 75, 66, 25, 32, 35, 42, 73, 77	787.753	1.994	.0383	.979	927.753	.035 [.032- .039]

Nota: χ^2 = Chi cuadrado, gl= grados de libertad, SRMR= raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA= error cuadrático medio de aproximación, CFI= índice de ajuste comparativo, AIC= criterio de Akaiken, IC= intervalos de confianza

La tabla 27 presenta los cinco factores que componen la estructura del modelo final cada una está conformada por 8, 6, 8, 4 y 4 ítems.

Tabla 27

Dimensiones del Cuestionario de autoevaluación prenatal compuesta por 30 ítems

F1. Identificación con el rol materno	3, 30, 65, 67, 68, 69, 72, 74
F2. Preocupación por el bienestar propio y del bebé	8, 22, 29, 36, 43, 79
F3. Preparación para el parto	5, 18, 19, 39, 46, 54, 57, 76
F4. Calidad de la relación con la madre	6, 20, 27, 41
F5. Calidad de la relación con la pareja	14, 21, 28, 49

Por último, se obtuvieron correlaciones positivas pequeñas de .198 y .291 entre el factor 2 y el factor 3, y el factor 2 y el factor 5. Asimismo, se obtuvieron correlaciones positivas moderadas de .355 y .313 entre el factor 1 y el factor 2, y el factor 2 y el factor 4. Se apreciaron correlaciones positivas altas de .729; .769; .783; .571 y .617 entre el factor 1 y el factor 3, el factor 1 y el factor 4, el factor 1 y el factor 5, el factor 3 y el factor 4 y el factor 3 y el factor 5 respectivamente (Cohen, 1992).

Tabla 28

Correlación entre los cinco factores

Factor	1	2	3	4	5
1	1.00	.355	.729	.769	.783
2	.355	1.00	.198	.313	.291
3	.729	.198	1.00	.571	.617
4	.769	.313	.571	1.00	.650
5	.783	.291	.617	.650	1.00

Con el propósito de comprobar el supuesto de dimensionalidad teórica, se diseñó un modelo jerárquico el cual contempló la presencia de las dimensiones F₁, F₂, F₃, F₄ y F₅ integrando el constructo G; es decir, se consideró la sumatoria de las cinco dimensiones para obtener una puntuación total ($F_1 + F_2 + F_3 + F_4 + F_5 = \text{Puntuación}_G$). Propuesta originalmente planteada por la autora del cuestionario, en la cual todos los ítems estarían influidos por la variable adaptación psicosocial la embarazo.

Al respecto, se aprecia en la tabla 28 que los índices de ajuste del modelo jerárquico presentaron mejores puntuaciones en comparación con las obtenidas en el modelo de cinco factores. No obstante, es importante precisar que durante el proceso del análisis el programa nos refirió la existencia de varianza negativa perteneciente al ítem 67 y 74 (“*Estoy feliz con este embarazo*” y “*Espero con ilusión dar a luz*”); por tal motivo se eliminaron dichos ítems. Por tanto, los valores ofrecidos en la tabla se efectuaron con 28 ítems.

Tabla 29

Comparación de los índices de ajuste entre el modelo bifactor y el modelo de cinco factores.

Modelo	χ^2	χ^2/ gl	SRMR	CFI	AIC	RMSEA
Modelo bifactor	590.624	1.691	---	.986	712.528	.030 [.025- .034]
Modelo de 5 factores	787.753	1.994	.0383	.979	927.753	.035 [.032- .039]

La presencia de varianza negativa en dos de los ítems del factor 1 de la estructura jerárquica evidenció limitaciones respecto a la propuesta de segundo orden. Para obtener mayor evidencia sobre el supuesto de un modelo jerárquico se obtuvieron otros índices de ajuste propios de un modelo jerárquico, más allá de los hallazgos encontrados empleando el modelo de ecuaciones estructurales. Se estimaron las cargas factoriales estandarizadas para cada dimensión obteniendo valores tanto para el factor específico (FE) como para el factor general (FG). Los resultados se presentan en la tabla 29.

Se aprecia que, en el F1, F4 y F5 las cargas factoriales de los factores generales presentaron un mayor valor en comparación con el factor específico, mientras que en el F2 las cargas factoriales de los factores específicos presentaron un mayor peso en comparación con el factor general. En cuanto al F3, las cargas factoriales del FE de tres ítems fueron mayores al del FG. En general, se observó una mayor influencia del factor general.

Tabla 30

Estimación de las cargas factoriales estandarizadas de los cinco factores y del factor general

	FE	FG	FE	FG	FE	FG	FE	FG	FE	FG
F1	.007	.907								
	-.354	.909								
	-.062	.899								
	-.034	.849								
	.015	.916								
	.083	.726								
F2			.503	.198						
			.701	.274						
			.771	.211						
			.664	.255						
			.664	.371						
			.577	.222						
F3					.516	.55				
					.359	.458				
					.551	.441				
					.444	.334				
					.571	.415				
					.307	.593				
					.381	.558				
					.386	.414				
F4							.568	.63		
							.523	.677		
							.584	.743		
							.578	.696		
F5									.484	.683
									.58	.72
									.526	.594
									.546	.744

Nota: F1= Identificación materna prenatal; F2= Preocupación por el bienestar propio y del bebé; F3= Disposición positiva hacia el parto; F4= Calidad de la relación con la madre y F5= Calidad de la relación con la pareja

Para el cálculo de los índices estadísticos del modelo bifactor se utilizó el módulo en MS Excel (*IndicesBifactor.xls*) diseñado por Dominguez-Lara, S. & Rodriguez, A. (2017). La presente tabla muestra las medidas auxiliares de evaluación de la dimensionalidad del modelo bifactor, se obtuvieron un ECV (.611), PUC (.815), y ω_H (.842), valores que evidenciaron la presencia de un FG fuerte. Reise, Schienes, Widaman y Haviland (2013) sugieren valores de PUC mayores a .80; un ECV mayor a .60 y los valores de omegaH

mayores que .70 como valores tentativos a favor de la unidimensionalidad. Los hallazgos en este primer análisis cumplieron con los criterios presentados.

El análisis de los $\omega_{H,S}$ de cada factor presentó magnitudes $\geq .30$ en los factores 2, 3, 4 y 5, valores asumidos como significativos (Smits, Timmerman, Barelds, & Meijer, 2015); no obstante, el factor 1 no cumplió con este criterio ($\omega_{H,S1} = .004$). Por tanto, los resultados en su conjunto restan argumento a la propuesta de un modelo jerárquico siendo una interpretación por dimensiones la más pertinente.

Tabla 31

Índices estadísticos del modelo bifactor

ECV	PUC	ω_H	$\omega_{H,S1}$	$\omega_{H,S2}$	$\omega_{H,S3}$	$\omega_{H,S4}$	$\omega_{H,S5}$
.611	.815	.842	.004	.737	.398	.377	.35

Nota: ECV= Explained common variance general; PUC = Percentage of uncontaminated correlations; ω_H = Omega jerárquico; $\omega_{H,S1}$ = Omega jerárquico de subescala 1; $\omega_{H,S2}$ = Omega jerárquico de subescala 2; $\omega_{H,S3}$ =Omega jerárquico de subescala 3; $\omega_{H,S4}$ = Omega jerárquico de subescala 4; $\omega_{H,S5}$ = Omega jerárquico de subescala 5

En base a los hallazgos sobre la dimensionalidad el cuestionario, los cuales sugirien un modelo multidimensional, se calcularon los coeficientes de confiabilidad para las cinco dimensiones que la integran. El valor de la confiabilidad fue estimado a través del coeficiente omega (McDonald, 1999), el cual a diferencia del coeficiente alfa de Cronbach usa las cargas factoriales de los ítems (Gerbing & Anderson, 1988); por lo tanto, los valores obtenidos resultan más estables y reflejan un mejor nivel de fiabilidad (Timmerman, 2005). Asimismo, es importante resaltar que el cálculo de este coeficiente no depende del número de ítems (McDonald, 1999).

En cuanto a los valores obtenidos en cada una de las dimensiones del cuestionario, se encontraron valores entre 0.849 a .968, siendo las dimensiones *Preparación para el parto* e *Identificación materna prenatal* los coeficientes de menor y mayor valor respectivamente. Los coeficientes mostraron valores superiores a .70 por lo que fueron considerados aceptables (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

Tabla 32

Confiabilidad de las puntuaciones en cada dimensión

Dimensión	Numero de ítems	Coefficiente omega
F1. Identificación con el rol materno	8	.968
F2. Preocupación por el bienestar propio y del bebé	6	.850
F3. Preparación para el parto	8	.849
F4. Calidad de la relación con la madre	4	.937
F5. Calidad de la relación con la pareja	4	.926

En la tabla 33 se muestran los baremos, de cada dimensión, contruidos a partir de las puntuaciones brutas convertidas en percentiles (Pc). Se construyó los baremos calculando los puntos de los percentiles 5, 10, 15, ..., 90, 95 y 99 como recomienda Dominguez-Lara (2016).

La dimensión Identificación con el rol materno obtuvo 32 como puntaje máximo y 8 como mínimo (M=22.39; DE=9.62). La dimensión, Preocupación por el bienestar propio y del bebé obtuvo 24 como puntaje máximo y 7 como mínimo (M=13.88; DE=4.62). La dimensión Preparación para el parto, se obtuvo 32 como puntaje máximo y 10 como mínimo (M=20.70; DE=5.92). La dimensión Calidad de la relación con la madre obtuvo 16 como puntaje máximo y 4 como mínimo (M=10.68; DE=4.78), y por último, en la dimensión Calidad de la relación con la pareja se obtuvo 16 como puntaje máximo y 4 como mínimo (M=10.58; DE=4.61).

Finalmente, como recomienda Dominguez-Lara (2016) se consideraron como referencia el Pc 25 y el Pc 75 para definir los puntos de corte de los niveles bajo y alto respectivamente.

Tabla 33

Conversión de puntuaciones brutas a percentiles del Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ)

Pc	Dimensiones					Nivel
	IMP	BPB	PP	CM	CP	
99	32	24	32	16	16	Alto
95	32	22	30	16	16	
90	32	20	29	16	16	
85	32	19	28	16	16	
80	32	18	26	16	16	
75	31	17	25	16	15	Medio
70	31	17	24	15	15	
65	30	16	23	14	14	
60	29	15	22	14	13	
55	29	15	21	13	12	
50	27	14	21	12	12	
45	25	13	20	11	10	
40	22	12	19	9	9	
35	17	12	18	8	8	
30	13	11	18	7	7	
25	11	10	17	5	6	Bajo
20	10	9	16	4	5	
15	9	8	15	4	4	
10	8	8	13	4	4	
5	8	7	10	4	4	

Nota: IMP= Identificación con el rol materno; BPB= Preocupación por el bienestar propio y del bebé; PP= Preparación para el parto; CM= Calidad de la relación con la madre; CP= Calidad de la relación con la pareja; Pc= Percentil

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Análisis y discusión de resultados

La maternidad representa un cambio importante en la vida de toda mujer, los mismos que repercuten a nivel biológico, social y psicológico. Fernández (2006), siguiendo las disposiciones de la OMS, resalta la importancia de brindar una atención prenatal adecuada, por este un derecho de toda mujer. Por tanto, la atención psicológica e intervención, de ser necesario, durante el embarazo resulta indispensable y parte de los protocolos de atención de la salud materna.

Siguiendo este propósito y considerando necesario disponer de un instrumento que contribuya, a la evaluación psicológica, brindando información en cuanto a aspectos psicológicos y sociales que participan en la adaptación al embarazo, se estudió el modelo de siete dimensiones de la adaptación psicosocial al embarazo propuesto por Regina Lederman (1984, 1996).

La propuesta teórica de Lederman (1996) incluye conocer las conductas adaptativas y no adaptativas de las gestantes en relación a la aceptación de su embarazo, la identificación con su rol materno, la preparación para el parto, el miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto, la preocupación por el bienestar propio y de su bebé; además, de la calidad de la relación con la madre y la pareja.

Durante la revisión teórica para este estudio de validación del cuestionario propuesto por Lederman (1996) se encontraron las investigaciones realizadas por Armegol, *et al.* (2007) y Lezama-Meneses & Buitrón-León (2018) quienes reportaron evidencias a cerca de la validez de constructo del cuestionario; además, de información sobre la confiabilidad. Los hallazgos de ambas investigaciones concluyen en una modificación de la estructura y distribución de los ítems.

Respecto a las evidencias sobre la validez del constructo del cuestionario, inicialmente el instrumento propone una estructura de 7 dimensiones o sub escalas (Lederman, 1996), luego del estudio de Armegol, *et al.* (2007) esta se redujo a 6 dimensiones, siendo la sub escala *Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto* incluida en la dimensión *Preparación para el parto*, suceso que coincide en nuestra investigación. Igualmente, los resultados del AFC concluyen la inclusión de los ítems de la dimensión *Aceptación al embarazo* en la dimensión *Identificación con el rol materno*.

Se unificaron dimensiones que mantienen una relación estrecha entre ellas, la dimensión *Aceptación al embarazo* con la dimensión *Identificación con el rol materno*; y la dimensión *Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto* con la dimensión *Preparación para el parto*, al parecer para las gestantes, de nuestro contexto, muchos de los ítems de estas dimensiones se relacionan de tal forma que no miden aspectos diferentes. Por tanto, el instrumento resultante denominó a estas dimensiones como *Identificación con el rol materno* y *Preparación para el parto*.

Las evidencias de nuestro estudio parecen contribuir a la propuesta de Armegol, *et al.* (2007) quienes señalan que las dimensiones planteadas por Lederman representan indicadores de un constructo que las contiene; es decir, plantear la unidimensionalidad del constructo. A este argumento señalaremos que durante el proceso de validación se eliminaron 49 ítems del cuestionario original y dos dimensiones fueron incluidas en otras; asimismo, los aportes de los índices estadísticos del modelo bifactor no favorecieron a este modelo. Por tanto, a modo de contribuir con la línea de investigación en la validación de este instrumento, podría desarrollarse estudios en nuestra población, que aporten mayor evidencia contundente respecto al tema. De momento, bastará con asumir el modelo de cinco dimensiones resultante de este estudio.

Por otro lado, el estudio realizado en población colombiana por Lezama-Meneses & Buitrón-León (2018), de la versión española del instrumento, presentó una organización de cuatro dimensiones, definidas de esta manera: afrontamiento del embarazo, ansiedad en el embarazo, percepción de preocupación por el parto y aceptación al embarazo. Esta propuesta también coincide en presentar un menor número de factores que conforman el

cuestionario; sin embargo, redistribuye los ítems definiendo dimensiones muy diferentes a la versión original del instrumento (Lederman, 1996), el estudio de validación española (Armegol, *et al.*, 2007) y los hallazgos de esta investigación.

En cuanto al valor de la confiabilidad del cuestionario, los estudios realizados por Lederman, Armegol y Lezama-Meneses utilizaron el coeficiente alfa de Cronbach mientras que el presente estudio empleó el coeficiente omega. La elección de este coeficiente se debe a que sus cálculos son más estables y reflejan mejor el nivel de fiabilidad (Timmerman, 2005) al trabajar con las cargas factoriales de los ítems.

La sub escala Aceptación al embarazo se analizó con un número diferente de ítems en cada estudio, la investigación de Lederman (1996) presentó 14 ítems ($M=22.3$; $DE= 7.0$) y el estudio de Armegol, *et al.* (2007) presentó 5 ítems ($M=16.97$; $DE= 3.12$). En el presente estudio, los ítems de esta dimensión fueron incluidos en la sub escala *Identificación con el rol materno*. Respecto a los valores de confiabilidad, a través del coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvieron puntajes de .90 y .561 en los estudios de Lederman y Armegol respectivamente.

La sub escala Identificación con el rol materno se analizó con un número diferente de ítems en cada estudio, la investigación de Lederman (1996) presentó 15 ítems ($M=20.2$; $DE= 4.6$) y el estudio de Armegol, *et al.* (2007) presentó 4 ítems ($M=15.06$; $DE= 2.05$). En el presente estudio, los ítems de esta dimensión fueron incluidos en la sub escala *Identificación con el rol materno*. En cuanto a la confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvieron valores de .79 y .84 en los estudios de Lederman y Armegol respectivamente.

En nuestra investigación la dimensión *Identificación con el rol materno* quedó conformada por 8 ítems ($M=22.39$; $DE= 9.62$). Este factor asume que la aceptación al embarazo es un requisito indispensable en la adopción del nuevo rol, el cual se inicia desde el conocimiento de la gestación hasta configurar la nueva identidad materna. Esta aproximación inicial hacia el nuevo rol consiste en asumir una actitud favorable frente a los cambios en su estilo de vida, el fantaseo en la relación con el bebé y la intención por desempeñar este rol. Este factor un coeficiente de confiabilidad aceptable ($\omega=.968$).

Igualmente, la sub escala Preparación al parto se analizó con un número diferente de ítems en cada investigación, el estudio de Lederman (1996) presentó 10 ítems ($M=15.9$; $DE= 4.5$), y el estudio de Armegol, *et al.* (2007) presentó 7 ítems ($M=21.35$; $DE= 4.86$) Respecto a los valores de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvieron puntajes de .80 y .79 en los estudios de Lederman y Armegol respectivamente. Por otro lado, el estudio de Lezama-Meneses & Buitrón-León (2018) presentó una dimensión similar denominada *Percepción de preocupación por el parto* la cual reunió 5 ítems, con un valor de confiabilidad de .833.

Para nuestro estudio las sub escala *Preparación al parto* y *Miedo al dolor y a la pérdida* fue incluida en esta dimensión, este factor agrupó 8 ítems ($M=20.69$; $DE= 5.92$) y obtuvo un coeficiente de confiabilidad aceptable ($\omega=.849$). Esta dimensión evalúa en la gestante su capacidad para manejar el dolor, sus emociones y preocupaciones; además, de sus recursos de afrontamiento frente al parto.

En cuanto a la sub escala Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto, Armegol, *et al.* (2007) decidió incluirla en la dimensión *Preparación al parto*, decisión similar fue tomada en nuestro estudio. En la versión original del cuestionario, esta sub escala estaba conformada por 10 ítems ($M=18.2$; $DE= 4.2$).

La sub escala Preocupación por el bienestar propio y del bebé presentaron una cantidad diferente de ítems en cada investigación, el estudio de Lederman (1996) presentó 10 ítems ($M=16.5$; $DE= 4.8$), el estudio de Armegol, *et al.* (2007) presentó 9 ítems ($M=22.8$; $DE= 6.7$) y la presente investigación retuvo 6 ítems ($M=13.63$; $DE= 4.98$). En cuanto a los valores de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvieron puntajes de .83 y .85 en los estudios de Lederman y Armegol respectivamente, mientras que este en estudio se obtuvo un valor de .85 a través del coeficiente omega.

La sub escala Calidad de la relación con la madre, al igual que las ocasiones anteriores, presentaron un número diferente de ítems en cada investigación, el estudio de Lederman (1996) presentó 10 ítems ($M=17.3$; $DE= 6.9$), el estudio de Armegol, *et al.* (2007) presentó 9 ítems ($M=28.79$; $DE= 8.3$) y la presente investigación retuvo 4 ítems ($M=10.67$; $DE= 4.7$). Respecto a los valores de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, se

obtuvieron puntajes de .92 y .91 en los estudios de Lederman y Armegol respectivamente, mientras que en este estudio se obtuvo un valor de .93 a través del coeficiente omega. Este valor es mayor al encontrado en los estudios de comparación.

Por último, la sub escala Calidad de la relación con la pareja, se analizó con un número diferente de ítems en cada estudio, la investigación de Lederman (1996) presentó 10 ítems ($M=16.2$; $DE= 5.1$), el estudio de Armegol, et al. (2007) presentó 8 ítems ($M=27.12$; $DE= 4.67$) y la presente investigación retuvo 4 ítems ($M=10.57$; $DE= 4.61$). En cuanto a los valores de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvieron puntajes de .82 y .76 en los estudios de Lederman y Armegol respectivamente, mientras que en este estudio se obtuvo un valor de .92 a través del coeficiente omega. Este valor es mayor al encontrado en los estudios de comparación.

Al comparar cada sub escala del cuestionario (versión final del estudio) con los otros estudios de validación, respecto a la confiabilidad, se aprecia una puntuación mayor de este coeficiente en todos los casos.

Por último, en cuanto al instrumento resultante, es importante mencionar que los ítems han sido reformulados para una mejor comprensión; además esta versión contiene 30 ítems lo cual, al ser breve, facilita su aplicación en contextos hospitalarios donde los tiempos de atención son cortos. Asimismo, tiene cualidades psicométricas aceptables en lo que se refiere a sus evidencias de validez y confiabilidad.

Conclusiones

El comité sobre los Estándares de las Pruebas Educativas y Psicológicas de la Asociación Americana de Investigación Educativa, la Asociación Americana de Psicología y el Consejo Nacional de Medición en Educación (AERA, APA, & NCME, 2014) sugieren cinco fuentes de validez de las puntuaciones obtenidas de la aplicación del test, la presente investigación brindó información sobre la evidencia basada en el contenido y en la estructura interna del Cuestionario de autoevaluación prenatal, se concluyó lo siguiente:

- El Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) ajusta adecuadamente a un modelo de cinco dimensiones con índices de confiabilidad aceptables; por tanto, puede considerarse como un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas.
- La evidencia basada en el contenido sugiere la eliminación de diez de los reactivos del cuestionario original, a pesar de la reformulación en la redacción de los ítems y el doble proceso de calificación al que fueron sometidos los ítems. El criterio para esta decisión se basa un valor menor a .70 en el límite inferior del IC al 95% de estos ítems, lo cual mostraría la escasa representatividad de estos a su dimensión (Penfield & Giacobbi, 2004).
- En cuanto a su estructura interna, el análisis factorial exploratorio sugirió un número de factores diferente a la propuesta teórica del cuestionario. Se encontró una estructura de cinco factores la cual agrupó parsimoniosamente los ítems según la dimensión de medición. Las dimensiones *Aceptación al embarazo* e *Identificación con el rol materno* terminaron unificándose; al igual que las dimensiones *Preparación para el parto* y *Miedo y pérdida de control*. Por otro lado, el análisis factorial confirmatorio, a través del método de ecuaciones estructurales, ratificó la existencia de cinco dimensiones interrelaciones. El modelo final compuesto por 30 ítems, con alta capacidad discriminativa, cumplió con todos los índices de ajuste propios de este tipo de análisis.
- La eliminación de los ítems de la versión original del Cuestionario de autoevaluación prenatal se debió principalmente a la redundancia en el contenido de los ítems y a la falta de adecuación al contexto de habla hispana; ambos aspectos se aprecian en el

estudio realizado por Armengol, Chamarro & García-Dié (2007). Asimismo, la evidencia obtenida empíricamente no permitió sostener la propuesta jerárquica del modelo; por lo tanto, una interpretación de un modelo multidimensional impresiona ser la más pertinente. La dimensión *Aceptación al embarazo* mostró dificultades en el ajuste a una estructura jerárquica; por lo que se sugiere la necesidad de redefinir los ítems que integran esta dimensión.

- Los hallazgos apoyaron parcialmente la versión original de Lederman quien planteó la existencia de siete dimensiones en la adaptación psicosocial al embarazo, la investigación solo validó cinco de ellas. Presentando un modelo quintudimensional de la adaptación psicosocial al embarazo. Se propone nominar a las dimensiones integradas como *Identificación materna prenatal* y *Disposición positiva hacia al parto*.
- Se elaboraron baremos en base a percentiles para cada una de las dimensiones que conforman el cuestionario. Además, se propusieron puntos de corte Pc 25 y el Pc 75 para ubicar un nivel bajo y alto en la medición de los cinco aspectos psicosociales en la adaptación al embarazo.

Recomendaciones

- La presente investigación presenta evidencias de validez y confiabilidad al Cuestionario de autoevaluación prenatal, por lo que se sugiere su uso en futuras investigaciones que aborden temáticas relacionadas al embarazo y/o maternidad. Dichas investigaciones aportarán al desarrollo de la psicología clínica en general y de la psicología perinatal en particular.
- Se recomienda realizar estudios de tipo instrumental, tanto en nuestro país como en el contexto internacional, con el cuestionario resultante (PSQ- versión de 30 ítems) de esta investigación a fin de conocer sus propiedades psicométricas y contrastar la propuesta teórica de la autora sobre la existencia de una estructura jerárquica.

- Se recomienda realizar estudios de invarianza del instrumento con variables sociodemográficas como la edad (maternidad adolescente y adulta), el número de gestaciones (primigestas y multigestas), nivel socioeconómico, tiempo gestacional, estructura y dinámica familiar. Estos estudios brindarán información sobre la existencia o no de diferencias en la adaptación psicosocial al embarazo por estas variables.
- Se propone recabar propiedades psicométricas del instrumento en otras poblaciones de Perú. Por ejemplo, en diversos sectores socioeconómicos, en la selva y sierra, madres en proceso de fertilización, maternidad adolescente, madres con embarazos de alto riesgo, madres víctimas de violencia durante su embarazo y aquellas que reciben algún diagnóstico de patología neonatal.
- Se sugiere reevaluar los ítems que pertenecen a la subescala de *Aceptación al embarazo e Identificación con el rol materno*; esto debido al bajo valor que se obtuvo de esta subescala en el modelo jerárquico, al parecer los ítems, para este contexto, no reflejen la manera de pensar y sentir de las madres gestantes durante este proceso de su embarazo.
- Es importante continuar obteniendo información en cuanto a fuentes de validez externa; es decir, evidencias basadas en la relación con otras variables, el proceso de respuesta y consecuencias del test.
- Se recomienda diseñar programas de acompañamiento psicológico de las familias y en especial de la madre gestante con el propósito de contribuir a su salud mental y mejor adaptación a su embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AERA, APA, & NCME. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: AERA.
- Amati, J. (2006). La maternidad. En Zelaya, C., Mendoza, J. & Soto, E. La maternidad y sus vicisitudes hoy. (pp. 37-52). Lima: Siklos.
- American psychological association (2010). *Manual de publicaciones de la APA* (3° ed.). Washington, DC: El Manual moderno.
- Arellano, M. (2018). *Adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima*. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Armengol, R., Chamarro, A. & García-Dié, M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de Psicología*, 23(1), 25-32.
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Bandalos, D.L., & Finney, S.J. (2010). Factor analysis: Exploratory and confirmatory. In G.R. Hancock & R.O. Mueller (Eds.), *The reviewer's guide to quantitative methods in the Social Sciences* (pp. 93-114). New York: Routledge.
- Barbosa, R. (2016). *Modelo de resiliencia para el cuidado del embarazo en adolescentes*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 3(2), 77-85. doi: 10.1111/j.2044-8317.1950.tb00285.x
- Beebe, K. R., Lee, K. A., Carrieri-Kohlman, V., & Humphreys, J. (2007). The Effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35, 410– 418.

- Bernazzani, O., Saucier, J.F., David, H. y Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(4), 391-402.
- Blake, S. M., Kiely, M., Gard, C. C., El-Mohandes, A. A., & El-Khorazaty, M. N. (2007). Pregnancy intentions and happiness among pregnant black women at high risk for adverse infant health outcomes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39, 194- 205.
- Breen, D. (1975). The birth of a first child. London: Tavistock Publications.
- Brown, M. (1988). A comparison of health responses in expectant mothers and fathers. *Western Journal of Nursing Research*, 10, 527– 549.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications, and programming*. Londres: LEA.
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública*, 10 (5), 831-839.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Condon, J. T., & Corkindate, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *The British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359– 372.
- Cheyne, H., Terry, R., Niven, C., Dowding, D., Hundley, V., & McNamee, P. (2007). ‘Should I come in now?’: A study of women’s early labour experience. *British Journal of Midwifery*, 15, 604– 609.
- Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., & Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93(4), 505– 511.
- Chou, F. H., Avant, K., Kuo, S., & Cheng, H. (2005). Assessing the psychometric and Language equivalency of the Chinese versions of the index of Nausea, Vomiting and

- Retching and the prenatal self-evaluation questionnaire. *Revista Kaohsiung Journal of Medical Sciencies*, 21(7), 314-321. doi:10.1016/S1607-551X (09)70127-5.
- Delassus, J.M. (2002). Le sens de la maternité. Cycle du don et genèse du lien. Paris : Dunod
- Deutscher, M. (1970). Brief family therapy in the course of first pregnancy: A clinical note. *Contemporary Psychoanalysis*, 7, 21– 35.
- Doan, H. & Zimmerman, A. (2008). Prenatal Attachment: A Developmental Model. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20 (1/2), 20–28.
- Dole, N., Savitz, D. A., Siega-Riz, A. M., Hertz-Piccioto, I., McMahon, M. J., & Buekens, P. (2004). Psychosocial factors and preterm birth among African-American and White women in Central North Carolina. *American Journal of Public Health*, 94, 1358– 1365.
- Dominguez-Lara, S. & Rodriguez, A. (2017). Índices estadísticos de modelos bifactor. *Interacciones*, 3(2), 59-65. doi: 10.24016/2017.v3n2.51
- Dominguez-Lara, S. A. (2016). Datos normativos de la Escala de Procrastinación Académica en estudiantes de psicología de Lima. *Evaluar*, 16(1), 27-38. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Dominguez-Lara, S. (2014). ¿Matrices policóricas/tetracóricas o matrices Pearson? Un estudio metodológico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 6(1), 39-48.
- Fernández, F. (2006). Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Medicina Naturista*, 10, 29-38.
- Fernández, L., Sánchez, M., Mata, S., Pérez, M^a. & González, S. (2014). Hipervigilancia emocional en la mujer gestante: factores psicosociales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 229-242.

- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología [Factor analysis as a technique in psychological research]. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- García-Dié, M.T. (1999). *Estudio longitudinal de las representaciones en el proceso de la maternidad*. Tesis doctoral no publicada. Universitat Ramon Llull. España.
- Gerbing, D. W. & Anderson J. C. (1988). An update paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *Journal of Marketing Research*, 25 (2), 186-192.
- Giurgescu C, Penckofer S, Maurer MC y Bryant F. (2006). Impact of uncertainty, Social Support, and Prenatal Coping on the Psychological Well-being of High-risk Pregnant Women. *Nursing Research*, 55(5), 356-365.
- Gignac, G.E. (2016). The higher-order model imposes a proportionality constraint: That is why the bifactor model tends to fit better. *Intelligence*, 55, 57-68. doi: 10.1016/j.intell.2016.01.006
- Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V. & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 25 (3-4), 247-255.
- Gómez, M. & Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17 (1), 53-61.
- Grossman, F. K., Eichler, L. S., & Winickoff, S. A. (1980). *Pregnancy, birth and parenthood*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005), *Análisis multivariante*. Madrid: Pearson.
- Hambleton, R. K. (1996). *Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas*. En J. Muñiz (Coor.), *Psicometría*. Madrid: Universitas.

- Heinicke, C. (1984). The role of pre-birth parent characteristics in early family development. *Child Abuse and Neglect* 8, 169- 181.
- Hodnett, E. D., & Osborn, R. W. (1989). Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing & Health*, 12, 289– 297.
- Hu, L. & Bentler, P. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453.
- Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2014). *Boletín estadístico 2014*. Lima: INMP. Recuperado de http://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=Boletin_Estadistico_2014.pdf&nombre=Boletin_Estadistico_2014.pdf
- Jurado-García, E. (1995). Los defectos al nacer. Un problema de salud pública en México. Panorama de la salud perinatal en México. *Gaceta Médica de México*, 131(2), 141-151.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401-415. doi: 10.1007/BF02291817
- Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2006). *Pruebas psicológicas. Principios, aplicaciones y temas*. México: Thomson.
- Kennedy, J. P., & Shannon, M. T. (2004). Keeping birth normal: Research findings on midwifery care during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33, 554– 560.
- Kline, P. (1986). *A Handbook of Test construction: Introduction to psychometric design*. London: Methuen

- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Lafuente, M^a. (2008). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal). Un estudio piloto. *Index de Enfermería*, 17(2), 133-137.
- Lederman, Work & McCann, (1978). The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *Am J Obstet Gynecol*, 132(5), 495-500.
- Lederman, R.P. (1984). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Lederman, R.P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. Secon Edition. New York: Springer Publishing Company
- Lederman, R. & Weis, K. (2009). *Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal development*. Third Edition. New York. Springer.
- Leifer, H. (1980). *Psychological effects of motherhood: A study of first pregnancy*. New York: Praeger.
- Lezama-Meneses, S., & Buitrago-León, L. (2018). Adaptación y propiedades psicométricas del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal en mujeres gestantes residentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 12(2), 61-73. doi: 10.21500/19002386.3370
- Lima, J., da Fonseca Ferreira, E., Medeiros, M., Araújo, M., da Silva, A., & Viana, E. (2011). Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras Assessment of psychosocial adaptation to pregnancy in brazilian pregnant women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(8), 182-187. doi: 10.1590/S0100-72032011000800003
- Lin, Ch., Cheng, Ch., Kuo, Sh. & Chou, F. (2008). Development of a Chinese short form of the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 659–666. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02201.x

- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.
- Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P. (2007). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. University Rovira y Virgili.
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: a method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34, 347-356.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. (2007). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. University Rovira y Virgili
- Manzano, A. & Zamora, S. (2010). Sistema de ecuaciones estructurales: una herramienta de investigación. México D.F.: Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior
- Mardia, K.V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57, 519–530.
- McDonald, R. P. (1999). Test theory: A unified treatment. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Merino, C. & Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de psicología*, 25(1), 169-171.
- Ministerio de Salud (2017). *Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú*. Lima: MINSA. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Ministerio de Salud (2011). *Modelo de atención integral de salud Basado en familia y comunidad*. Lima: MINSA. Recuperado de <https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>

- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508.
- Morgan, G.B., Hodge, K.J., Wells, K.E., & Watkins, M.W. (2015). Are fit indices biased in favor of bi-factor models in cognitive ability research?: A comparison of fit in correlated factors, higher-order, and bi-factor models via Monte Carlo simulations. *Journal of Intelligence*, 3(1), 2-20. doi: 10.3390/jintelligence3010002
- Muthén, B. y Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38(2), 171-189.
- Pastor y Sánchez (2019). Conocimientos, Aceptación del embarazo y prácticas de autocuidado en gestantes adolescentes (tesis de pregrado). Universidad nacional de Trujillo.
- Penfield, R. D. y Giacobbi, P. R., Jr. (2004). Applying a score confidence interval to Aiken's item content-relevance index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 213-225.
- Ramírez, K. y Rodríguez, S. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*, 15(4), 1-6
- Reise, S. P., Scheines, R., Widaman, K. F., & Haviland, M. G. (2012). Multidimensionality and structural coefficient bias in structural equation modeling: A bifactor perspective. *Educational and Psychological Measurement*, 73, 5-26. doi: 10.1177/0013164412449831
- Rodríguez, M. N., & Ruiz, M. A. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29(2), 205- 227.
- Rubin, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. New York: Springer.

- Ruiz, M. A.; Pardo, A., San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-45.
- Smits, I.A.M., Timmerman, M.E., Barelds, D.P.H., & Meijer, R.R. (2015). The Dutch symptom checklist-90-revised: Is the use of the subscales justified? *European Journal of Psychological Assessment*, 31(4), 263- 271. doi: 10.1027/1015-5759/a000233
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). Using Multivariate Statistics (5th ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Timmerman, M. (2005). Factor analysis. Recuperado de <http://www.ppsw.rug.nl/~metimmer/FAMET.pdf>.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220. doi: 10.1037/a0023353
- Trad, P. (1991). Adaptation to developmental transformations during various phases of motherhood. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19, 403– 421.
- Weis, K. L. (2006). Maternal identity formation in a military sample: A longitudinal perspective. Unpublished doctoral dissertation, The University of North Carolina, Chapel Hill, NC.
- Wilson, C. L., Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Tran, S. (2007). Labor, delivery, and early parenthood: An attachment theory perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 505– 518.
- Wolkind, S., & Zajicek, E. (1981). Pregnancy: A psychological and social study. New York: Grune & Stratton.

Anexo A. Ficha de datos sociodemográficos

Código:

1) ¿Cuántos años tienes? _____ Tiempo gestacional: _____ N° de gestación: _____

2) ¿Con quién vives? (marca con un aspa “X”, puedes marcar más de una opción)

- | | | |
|----------------|-----------------------|---------------|
| a) Vivo solo | e) Hermano(s) | i) Familiares |
| b) Papá y mamá | f) Compromiso de mamá | j) Hijos |
| c) Papá | g) Compromiso de papá | |
| d) Mamá | h) Pareja | |

3) ¿En qué distrito vives actualmente?

4) Describe tu grado de instrucción. Marca con aspa (X) la opción que se adecua a ti:

Primaria incompleta		Superior técnico incompleto	
Primaria completa		Superior técnico completo	
Secundaria incompleta		Superior universitario incompleto	
Secundaria completa		Superior universitario completo	

5) ¿A qué te dedicas?

- | | | |
|----------------------|-------|------------|
| a. Solo estudio: | SI NO | ¿Dónde?__ |
| b. Solo trabajo: | SI NO | ¿En qué? _ |
| c. Trabajo y estudio | SI NO | |

- | | |
|---|---------------|
| 7) ¿Planificaste tener un hijo (a)? | Si () No () |
| 8) ¿Recibes apoyo emocional de tus padres? | Si () No () |
| 9) ¿Recibes apoyo económico de tus padres? | Si () No () |
| 10) ¿El padre de tu hijo(a) ha asumido su paternidad? | Si () No () |
| 11) ¿Recibes apoyo emocional de tu pareja? | Si () No () |
| 12) ¿Recibes apoyo económico de tu pareja? | Si () No () |
| 13) ¿Cuántos años tiene tu pareja? | |

Anexo B. Cuestionario de autoevaluación del período prenatal- versión de 30 ítems

Instrucciones:

A continuación, se presentan afirmaciones que han sido elaboradas para mujeres embarazadas con el propósito de describirse a sí mismas. Lea con atención cada afirmación y decida cuál de las opciones (mucho, con frecuencia, solo un poco, nada) describe mejor su forma de pensar y/o sentir. Luego marque con un aspa (X) En la casilla de la opción elegida.

A= MUCHO B= CON FRECUENCIA C= SOLO UN POCO D= NADA

	A	B	C	D
1 Siento que criar a mi bebé será gratificante.				
2 Puedo soportar bien el dolor durante el parto.				
3 Mi madre muestra interés por mi bebé que está por nacer.				
4 Me preocupa que mi bebé pueda tener anomalías.				
5 Mi pareja y yo conversamos del bebé que va a nacer.				
6 Estoy informada de lo que me espera en el parto.				
7 Saber que el parto tiene que terminar me ayudará a mantener el control.				
8 Mi madre espera con ilusión a su nieto.				
9 Mi pareja me entiende (me calma) cuando me molesto.				
10 Me preocupo por los problemas que mi bebé podría tener al nacer.				
11 En estos momentos, me siento bien cuando estoy con mi madre.				
12 Mi pareja está interesado en conversar conmigo del embarazo.				
13 Estoy nerviosa por las complicaciones que ocurran en el parto.				
14 Estoy contenta de estar embarazada.				
15 Me preocupa que algo salga mal durante el parto.				
16 Durante este embarazo, mi madre me da seguridad cuando tengo dudas de mí misma.				
17 Me preocupa perder a mi bebé en el parto.				
18 Sé algunas cosas que me pueden ayudar en el parto.				
19 Puedo contar con el apoyo de mi pareja en el parto.				
20 Me siento preparada para lo que suceda en el parto.				
21 Pienso que puedo soportar la incomodidad del parto.				

22	Tengo confianza en mí habilidad para mantener la calma durante el parto				
23	Tengo confianza de tener un parto normal.				
24	Siento que ya amo a mi bebé.				
25	Estoy feliz con este embarazo.				
26	Creo que puedo ser una buena madre.				
27	Siento que voy a disfrutar de mi bebé.				
28	Me gusta ver a otros padres e hijos juntos				
29	Espero con ilusión dar a luz				
30	Temo ser lastimada durante el parto				

Anexo C. Consentimiento informado.

Yo, _____, de _____ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en una investigación sobre evaluación de los aspectos psicosociales durante el embarazo en la cual se aplicará el Cuestionario de autoevaluación prenatal de Lederman y una encuesta, las cuales serán realizadas por el psicólogo Artica Martínez Juan, egresado de la Maestría en psicología clínica y la salud de la Facultad de Psicología de la Universidad nacional Mayor de San Marcos. La aplicación de ambos instrumentos se realizará como parte de una investigación para optar el grado de magister en psicología clínica y la salud:

Durante este proceso considerarán los siguientes criterios:

- Esta aplicación implicará una sesión, durante la cual se aplicará una prueba psicológica y una encuesta, las que no resultarán perjudiciales para la integridad de la persona.
- El investigador se compromete a no revelar la identidad de la participante en ningún momento de la investigación, ni después de ella.
- Los resultados de la prueba aplicada servirán para los fines académicos de la investigación, salvaguardando siempre la identidad del participante con un código.
- El investigador se compromete a brindar los resultados de la prueba aplicada al participante mediante un informe verbal en la siguiente reunión con la participante.

Lima, _____ de _____ del 2017

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Anexo D. Hoja de evaluación de contenido para el juez experto

Nombre y apellidos del juez experto

Filiación institucional

Mi nombre es Juan José Gabriel Artica Martínez, estudiante de la maestría de psicología clínica y de la salud, el motivo de esta solicitud es pedirle tenga a bien participar como jurado experto en el proceso de validación de contenido de la investigación titulada ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PRENATAL EN MADRES GESTANTES USUARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL la cual corresponde a la tesis para obtener el grado de Magister en psicología clínica y de la salud.

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Por ello, el presente estudio tiene como propósito adaptar y validar el Cuestionario de autoevaluación prenatal (PSQ) en madres gestantes usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Este un cuestionario fue construido para evaluar aspectos psicosociales durante el embarazo.

La siguiente tabla señala los criterios a evaluar.

Categoría	Calificación	Indicador
Relevancia El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido	1. No representativo 2. Poco representativo 3. Medianamente representativo 4. Representativo 5. Muy representativo	1. El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión. 2. El ítem tiene poca relevancia. 3. El ítem tiene relativa relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste. 4. El ítem es relevante. 5. El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Asimismo, le solicitamos reformule aquellos ítems que considere mejor su redacción en un formato más sencillo.

Agradecemos su valiosa colaboración.

Nombres y apellidos del juez: _____

Formación académica: _____

Áreas de experiencia profesional: _____

Tiempo _____ Cargo actual _____ Institución _____

Preocupación por el bienestar de uno mismo y del bebé	Esta dimensión incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto.					
						Observaciones
	Creo que mi parto y nacimiento serán normales.	1	2	3	4	5
	Me preocupa que el bebé pueda ser normal	1	2	3	4	5
	Pienso en lo peor cuando tengo dolor	1	2	3	4	5
	Me preocupo en los problemas que mi bebé podría tener	1	2	3	4	5
	Temo de que seré lastimada durante el parto	1	2	3	4	5
	Estoy ansiosa por las complicaciones que ocurran en el parto	1	2	3	4	5
	Me preocupa que algo salga mal durante el parto	1	2	3	4	5
	Me preocupo de perder el bebé en el parto	1	2	3	4	5
	Me concentro en todas las cosas terribles que podrían suceder en el parto	1	2	3	4	5
	Tengo confianza de tener un alumbramiento normal	1	2	3	4	5
Aceptación del embarazo	Esta dimensión se caracteriza por las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las cuales encontramos la planificación consciente y la espera del embarazo, un estado de ánimo de felicidad, la tolerancia al malestar, la aceptación de los cambios corporales y la aceptación de la ambivalencia característica de esta etapa.					
						Observaciones
	Este es un buen momento para estar embarazada.	1	2	3	4	5

	Puedo tolerar las incomodidades que he tenido durante el embarazo	1	2	3	4	5	
	Es difícil para mí acostumbrarme a los cambios que trajo mi embarazo	1	2	3	4	5	
	He disfrutado este embarazo	1	2	3	4	5	
	Estoy contenta de estar embarazada	1	2	3	4	5	
	Es difícil para mí aceptar este embarazo	1	2	3	4	5	
	Este ha sido un embarazo fácil hasta hora	1	2	3	4	5	
	Deseo que no estuviera teniendo el bebé ahora	1	2	3	4	5	
	Tengo problema ajustarme a este embarazo	1	2	3	4	5	
	Este embarazo ha sido una fuente de frustración para mí	1	2	3	4	5	
	He encontrado este embarazo gratificante	1	2	3	4	5	
	Resiento estar embarazada ahora	1	2	3	4	5	
	Encuentro muchas cosas de este embarazo desagradables	1	2	3	4	5	
	Estoy feliz con este embarazo	1	2	3	4	5	
Identificación con el rol materno	Esta dimensión se caracteriza por la motivación para la maternidad, la preparación para ésta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno. Por lo tanto, dentro de esta dimensión se incluye la aceptación, protección y alimentación del niño/a).						
							Observaciones
	Mi esposo y yo conversamos del bebé que va a nacer	1	2	3	4	5	
	Siento que criar a los hijos es gratificante	1	2	3	4	5	
	Espero con ilusión cuidar de mi bebé	1	2	3	4	5	
	Tengo dudas de ser una buena madre	1	2	3	4	5	

	Me gusta tener niños a mi alrededor	1	2	3	4	5	
	Será muy difícil para mí equilibrar el cuidado del hijo con otros compromisos y actividades	1	2	3	4	5	
	Creo que no es muy divertido cuidar a los bebés	1	2	3	4	5	
	Será difícil para mí darle mucha atención al bebé	1	2	3	4	5	
	Pienso que el bebé será una carga para mí	1	2	3	4	5	
	Pienso en la clase de madre que quiero ser	1	2	3	4	5	
	Me preocupa que el cuidado del bebé me dejará muy poco tiempo para mí	1	2	3	4	5	
	Me preocupa que no le guste [yo] a mi bebé	1	2	3	4	5	
	Siento que ya amo el bebé	1	2	3	4	5	
	Creo que puedo ser una buena madre	1	2	3	4	5	
	Siento que voy a disfrutar del bebé	1	2	3	4	5	
Preparación para el parto	Esta dimensión se caracteriza por las conductas preparatorias como asistir a clases prenatales, leer libros, etc., o por los ensayos imaginarios o fantaseados referentes al parto.						
							Observaciones
	Pienso que es necesario saber mucho del parto	1	2	3	4	5	
	Es poco lo que puedo hacer para prepararme para el parto	1	2	3	4	5	
	Tengo buena idea de lo que puedo esperar del parto y del nacimiento	1	2	3	4	5	
	Entiendo cómo trabajar con las contracciones en el parto	1	2	3	4	5	
	Espero con ilusión dar a luz	1	2	3	4	5	
	Me estoy preparando para salir bien en el parto	1	2	3	4	5	

	Me siento preparada para lo que suceda en el parto	1	2	3	4	5	
	Se algunas cosas que me pueden ayudar en el parto	1	2	3	4	5	
	Me siento bien informada del parto	1	2	3	4	5	
	Siento que dar a luz es un evento excitante y normal	1	2	3	4	5	
Miedo y pérdida de control	Esta dimensión se caracterizado por la pérdida de control sobre el cuerpo y sobre las emociones, la confianza en el personal médico y sanitario, así como la actitud hacia el uso de la medicación durante el parto.						
							Observaciones
	Puedo soportar bien el dolor	1	2	3	4	5	
	Me manejo bien durante el estrés	1	2	3	4	5	
	Tengo confianza en mí habilidad para mantener la calma en la mayoría de las situaciones	1	2	3	4	5	
	El saber que el parto tiene que terminar me ayudará a mantener control	1	2	3	4	5	
	Sospecho que los doctores y las enfermeras serán indiferentes a mis preocupaciones durante el parto.	1	2	3	4	5	
	Estoy segura de que perderé el control en el parto	1	2	3	4	5	
	Cuando llegue el momento del parto, seré capaz de pujar aunque sea doloroso	1	2	3	4	5	
	Siento que el estrés del parto será demasiado para mí	1	2	3	4	5	
	Pienso que puedo soportar la incomodidad del parto	1	2	3	4	5	
	Si pierdo el control durante el parto, será difícil recuperarlo	1	2	3	4	5	
Relación con la madre	Esta dimensión se refiere a la disponibilidad de la abuela (madre de la embarazada) y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación del nieto, el reconocimiento de la hija como madre, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de relación y crianza del bebé.						

								Observaciones
	Me gusta ver a otros padres e hijos juntos	1	2	3	4	5		
	Mi madre muestra interés en el bebé que va a nacer	1	2	3	4	5		
	Mi madre ofrece sugerencias útiles	1	2	3	4	5		
	Mi madre está feliz de mi embarazo	1	2	3	4	5		
	Es fácil hablar con mi madre de mis problemas	1	2	3	4	5		
	Mi madre espera con ilusión a su nieto	1	2	3	4	5		
	Me siento bien cuando estoy con mi madre	1	2	3	4	5		
	Mi madre y yo tendemos argumentar cuando estamos juntas	1	2	3	4	5		
	Mi madre me asegura cuando tengo dudas de mí misma	1	2	3	4	5		
	Mi madre me anima hacer las cosas a mi manera	1	2	3	4	5		
	Mi madre critica mis decisiones	1	2	3	4	5		
Relación con la pareja	Esta dimensión se refiere al interés de la pareja por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella.							
								Observaciones
	Mi esposo ha sido crítico conmigo durante el embarazo	1	2	3	4	5		
	Mi esposo/compañero me entiende (me calma) cuando me molesto	1	2	3	4	5		
	Mi esposo/compañero está interesado en conversar conmigo del embarazo	1	2	3	4	5		
	Mi esposo/compañero me ayuda en casa cuando lo necesito	1	2	3	4	5		
	Es difícil para mí hablar con mi esposo/compañero de los cambios de los impulsos sexuales durante el embarazo	1	2	3	4	5		

	Puedo contar con el apoyo de mi esposo/compañero en el parto	1	2	3	4	5	
	Mi esposo/compañero siente que le sobrecarga con mis sentimientos	1	2	3	4	5	
	Pienso que mi esposo/compañero diría que hemos hecho un ajuste sexual satisfactorio durante este embarazo	1	2	3	4	5	
	Cuento con mi esposo/compañero en compartir el cuidado del bebé.	1	2	3	4	5	

